

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBF Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima, AC**

**Alejandro Galvez Silva**

**Pelotas, 2015**

**Alejandro Galvez Silva**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBF Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima, AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

S586m Silva, Alejandro Galvez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Ubf Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima, AC / Alejandro Galvez Silva; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Seerig, Lenise Menezes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meu Deus, minha família e a orientadora que colaboraram com a conclusão deste trabalho. Seria impossível sem suas contribuições.

## **Agradecimentos**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A meus pais, minha família, que me deram amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha orientadora Lenise Menezes Seerig, pelo suporte no tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A UFPEL pela oportunidade de formação e excelente ensino do corpo docente.

A meus colegas do programa mais médicos, por formar parte desta realidade brindar saúde a outros países (internacionalista).

## Resumo

SILVA, Alejandro Galvez. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBF Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima, AC.** 2014. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde, pois são as primeiras causas de morte. A hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os fatores de risco mais importante para as afeções cardiovasculares e geram alto custo econômico. Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que estas doenças têm alta prevalência e baixas taxas de controles. O acompanhamento e o tratamento oportuno reduz o risco de complicações. Este trabalho refere-se ao desenvolvimento de uma intervenção que teve por objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBSF Sofia Almeida Barreto. Nesse contexto, a estratégia de saúde familiar configurou-se como elemento chave no desenvolvimento das ações nos quatro eixos pedagógicos, para o controle deste grupo. A intervenção teve duração de três meses, com início em 23 de janeiro de 2015 e término em 24 de abril de 2015. Para o monitoramento da intervenção foram utilizadas as fichas espelho e a planilha de coletas de dados disponibilizadas pelo curso. Antes da intervenção, tínhamos um total de 157 usuários hipertensos acompanhados na UBS indicando cobertura de 39%. Além disso, tínhamos 116 usuários diabéticos estimados na área e um total de 32 cadastrados na UBS. Foram acompanhados durante a intervenção 98 hipertensos e 41 diabéticos, sendo alcançada a cobertura de 34,1% e 62,1%, respectivamente. Todos os usuários receberam exame clínico apropriado, orientações sobre alimentação saudável e tabagismo em todos os meses da intervenção. Além disso, atingimos altos percentuais para todas as metas de qualidade desenvolvidas. Como aspectos positivos ressaltamos a ampliação do cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais, implantação de registros específicos como a ficha-espelho, atendimento clínico integral e humanizado.

**Palavras-Chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos na UBS Sofia Almeida Barreto.	52
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde dos diabéticos na UBS Sofia Almeida Barreto.	53
Figura 3	Proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na UBS Sofia Almeida Barreto.	54
Figura 4	Proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sofia Almeida Barreto.	55
Figura 5	Proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sofia Almeida Barreto.	56
Figura 6	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Sofia Almeida Barreto.	57
Figura 7	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Sofia Almeida Barreto.	58
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Sofia Almeida Barreto.	59
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Sofia Almeida Barreto.	59
Figura 10	Proporção de hipertensos, faltosos as consultas médicas com busca ativa na UBS Sofia Almeida Barreto.	60
Figura 11	Proporção de diabéticos, faltosos as consultas médicas com busca ativa na UBS Sofia Almeida Barreto.	61
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado de acompanhamento na Sofia Almeida Barreto.	61
Figura 13	Proporções de diabéticos com registro adequado na ficha de Acompanhamento na Sofia Almeida Barreto.	62
Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco	63

	cardiovascular na UBS Sofia Almeida.	
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Sofia Almeida Barreto.	64
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Sofia Almeida Barreto.	65
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Sofia Almeida Barreto.	66
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Sofia Almeida Barreto.	67
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo na UBS Sofia Almeida Barreto.	68
Figura 20	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Sofia Almeida Barreto.	68
Figura 21	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Sofia Almeida Barreto.	69



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Saúde
HIPERDIA	Hipertensão e diabete
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de saúde da família
SIS COLO	Programa de prevenção de câncer do colo de útero
SIS MAMA	Programa de Câncer de mama
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística.....	41
2.3.4 Cronograma .....	45
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas: .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	51
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados .....	51
4.2 Discussão.....	69
5 Relatório da intervenção para gestores .....	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	76
Anexos .....	77

## **Apresentação**

Este volume trata da descrição do Projeto de Intervenção intitulado “Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBSF Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima – Acre”. O volume está organizado em sete capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional fornece informações sobre o município, a comunidade, a unidade de saúde e o processo de trabalho. O Capítulo 2 – Análise Estratégica trata de como o Projeto de intervenção foi elaborado, detalhando objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logísticas e cronograma. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção fornece ao leitor informações sobre como se deu a intervenção ao longo das 12 semanas, descrevendo as ações que foram executadas ou não, suas facilidades e dificuldades, bem como a viabilidade de incorporação do projeto à rotina do serviço. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção descreve os resultados obtidos ao longo da intervenção e inclui os relatórios de intervenção para o gestor e para a comunidade. Os Capítulos 5 e 6 – Relatório da intervenção para os gestores e comunidade. Por fim, no Capítulo 7, a Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem traz ao leitor a impressão do autor sobre a Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e também sua opinião sobre a Intervenção implantada na unidade de saúde.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Trabalho na UBS com ESF Sofia Almeida Barreto, no estado do Acre, município Mâncio Lima. O número de pessoas no território da equipe é de 2311, destas 1666 tem 15 anos ou mais, totalizando 924 famílias.

A estrutura da UBS é boa, tem um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um consultório de enfermagem, uma sala de nebulização, três banheiros para equipe de saúde, uma sala de epidemiologia.

Agendamos de 15 a 20 usuários ao dia para o médico. Trabalhamos em equipe, fazemos palestra e visitas domiciliares para melhorar o atendimento. A equipe conta com quatro técnicos de vigilância epidemiológica, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), além do médico. No momento, não temos enfermeiro,

O atendimento médico acontece da seguinte forma: consultas, segunda, terça, e quarta-feira de manhã, segunda e quinta-feira de tarde, e as quarta-feira a partir das 15 e 30 até 17 e 30 horas para demanda espontânea e a partir desta hora para trabalhadores que não podem ausentar-se do emprego, até às 19h e 30min. As visitas domiciliares acontecem nas terças-feiras e sextas-feiras a de tarde. A reunião da equipe ocorre nas quintas-feiras das 16h e 30 min até 17 e 30 horas. À s sextas-feiras são dedicadas para a especialização, conforme pedido da secretaria de saúde. O dentista trabalha em regime de 30 horas semanais.

No SIAB temos cadastradas 2311 pessoas, delas 1102 do sexo masculino e 1209 fêmeas. Na unidade realiza-se as seguintes ações de saúde: vacinação, cadastramento da Bolsa família, Grupos de Hipertensão, Atividade física semanalmente no salão da comunidade, toma de mostra para Papanicolau, teste rápido de HIV. Ainda não contamos com consulta de nutricionista. Não dispomos de psicóloga, existe déficit deste profissional no município e só fazem atendimento de grupo, não individual. Não tínhamos psiquiatra há dois anos e, recentemente houve contratação por seis meses, mas o agendamento não é por encaminhamento do médico e sim por livre demanda.

Igualmente acontece com o agendamento para as especialidades médicas, o qual é muito demorado porque meu município não tem especialista. Outros

exames complementares como ressonância ou TAC, radiografias, mamografias, eletrocardiograma, ultrassonografia também não temos disponibilidade suficiente.

Não temos telessaúde, temos um computador sem internet que é utilizado por todos os trabalhadores da equipe para produção. Ainda temos muitas limitações pra garantir um atendimento adequado, mas a equipe está trabalhando intensamente pra fazer mudanças positivas.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Mâncio Lima, localizado no Estado brasileiro do Acre, está situado a 700 km da capital Rio Branco, possui 15.890 habitantes e faz divisa com os municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigo Alves.

O sistema básico de saúde está comunidade de seis unidades básicas de saúdes (UBS) com estratégia de saúde da família (ESF). Não temos disponibilidade de atenção especializada, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF). Temos um hospital com disponibilidade de alguns exames complementares de sangue. Outros, como ultrassonografia, radiografia, mamografia, eletrocardiogramas e outros indispensáveis para avaliação, conduta e evolução das doenças, são feitos no município vizinho, distante 34 km (hospital Juruá cruzeiro do sul). Temos grandes deficiências na atenção de saúde, tema discutido em todas as UBS e em reunião com o secretário de saúde e prefeito, com participação de todas as equipes.

A UBS em que trabalho é urbana está vinculada ao SUS através do SIASUS E SIAB, o modelo de atenção é ESF. Temos uma equipe formada por um médico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, cinco agentes de saúde, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes da vigilância em saúde, uma auxiliar administrativa, médico clínico geral e uma auxiliar de limpeza.

O prédio da UBS foi construído há três anos, é novo e confortável, apesar de ter necessidades e limitações, existe mapa atualizado da área geográfica de abrangência, cadastro da população no ano de 2014, abrangendo 80% da área, agora temos cinco ACS e vamos alcançar 100%. A estrutura física conta com uma sala de espera pequena que não comporta o fluxo dos usuários, que se acomodam nos corredores, a sala espera está junta a recepção atrapalhando o trabalho de

equipe, as janelas são de madeira fechada afetando a ventilação, além disso, há falta de alguns materiais.

As características de estrutura física diferem do manual prounidade pelo Ministério da Saúde (MS), não há ventilação adequada, não há sala de reuniões, as atividades em grupo educacionais são feitas na sala de espera ou consultórios sem nenhuma mídia audiovisual como televisor, projetor, tela de projeção, nem escovódromo, nem almoxarifado, a farmácia é pequena conta com poucos medicamentos (apenas para algumas doenças crônicas, que afeta o atendimento de qualidade dos usuários). Nos demais espaços há boa iluminação, as paredes, pisos, e armários são laváveis, estando em ótimas condições, os consultórios do médico e dentista são climatizados. Tem boa sinalização, banheiros com espaço suficiente em bom estado e espaço para cadeirantes, os corredores não tem corrimões, sendo uma barreira arquitetônica importante para o fluxo de idosos.

Temos trabalhado em nossas reuniões de equipe temas como a adequada função da UBS na atenção primária à saúde, as características e objetivos para bom trabalho de equipe, a melhoria do engajamento público, educação pra saúde, a carta dos direitos de os usuários, além da importância de conselho de saúde em nossa área. Temos a área geográfica definida, pretendemos em pouco tempo cadastrar 100% de nossa população, planejando as ações conforme suas necessidades. Também contamos com a participação de gestores e prefeitura na programação das atividades, priorização e solução de problemas de saúdes mais frequentes, também das necessidades sentida da população, compartilhando , educando e orientando a nosso (usuários). E indispensável uma intervenção no sentido de qualificar e promover melhorias na UBS.

A equipe trabalha buscando prestar um bom atendimento, apesar das deficiências. Uma das mais importantes é a que não dispomos de médicos especialistas no município, outra é a demora em chegar os resultados dos exames complementares que são realizados em Cruzeiro do Sul.

A população da área de abrangência da UBS é de 2311 pessoas, onde foram estimados denominadores para os indicadores por grupos etários e sexo, no momento temos na nossa área 34 grávidas, 36 crianças menores de um ano e 148 idosos com mais de 60 anos. A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 406, a estimativa de diabéticos é de 116. Nossa equipe não

está completa, falta um enfermeiro e dois ACS, conseguindo cobrir até o momento em torno de 80% do território.

As ações programáticas da AB precisam resolver demandas dos problemas de saúde agudos e também os previamente agendados. Para isso, o acolhimento permite organizar os fluxos de atendimento e priorizar os casos mais urgentes, conforme a necessidade dos usuários. Na UBS não dispomos de sala de acolhimento, o qual é feito na recepção, geralmente pelas técnicas de enfermagem e ACS, as quais tem já treinamento adequado na escuta dos usuários e na priorização daqueles com queixas agudas ou de maior urgência. De um modo geral, todos os profissionais da UBS participam do processo de identificação e priorização de risco, embora tenham que ganhar em organização.

Acolhemos de maneira continua durante todo o tempo em que a UBS está aberta priorizando os atendimentos dos usuários que apresentam quadros agudos de maior severidade e as crianças pequenas com quadro de febre, deficientes, grávidas com risco, e idoso como já foi falado o município não dispõe de especialista de nível secundário como exemplo cardiologista, ginecologista, pediatras, cirurgião, acarretando aumento de demanda espontânea.

Fazemos as atividades das ações programáticas todas terças feiras e o atendimento a as gestantes e crianças menores de um ano e quinta feira a doenças crônicas, além de todos os dias lidando com a demanda espontânea de nossa população, as visitas domiciliares são feitas nas quartas e sextas feiras a tarde, intensificadas aos grupos de risco.

Em relação à atenção à saúde das crianças de até 72 meses, é realizada consulta programática todos os dias da semana, temos 46 crianças menores de um ano e 92 menores de cinco anos na área. Participam deste atendimento médico, enfermeira e técnico/auxiliar de enfermagem, também odontólogo e técnico/auxiliar dentista. Nos primeiros meses contávamos com a participação da enfermeira, há quase três meses que não temos enfermeiros. Também não dispomos de pediatra na rede municipal, em caso de necessidade as crianças são encaminhadas ao município de Cruzeiro do sul. Esta é a mais importante limitação para a correta avaliação de doenças agudas das crianças, assim como de urgência e emergência. Utilizamos o protocolo de atendimento de puericultura do Ministério de Saúde do ano 2012.

Como ações para esta população, realizamos a visita domiciliar na primeira semana após o parto com a presença do médico, enfermeiro, dentista e demais integrantes da equipe, reforçando as orientações necessárias e demonstrando cuidado e atenção com mãe, filho e demais familiares. É preciso buscar as crianças, sempre pensando na lógica de ação programática, a puericultura caracteriza-se como um serviço que deve ser ofertado de maneira organizada, e não na perspectiva de demanda espontânea. É muito importante e deve ser uma prática rotineira na ESF questionar a mãe se recebeu ou não a caderneta, fazer os registros dos acompanhamentos, além de incentivar a leitura de uma série de orientações importantes. Para isso devemos disponibilizar folders com escrita bem simples, além de oferecer ações educativas sobre aleitamento materno, imunizações, importância da coleta de sangue para o teste do pezinho. Também nas visitas procura-se olhar às condições higiênico-sanitárias da casa e ao aspecto biopsicossocial do contexto familiar.

Temos 42 crianças menores de um ano, com cadastramento de 35 delas, representando 85% de cobertura. Ainda temos que melhorar as captações precoces dos recém-nascidos e promover ação às crianças de dois e três anos que às vezes são os que mais faltam porque as mães acham que seus filhos já cresceram e não precisam mais. Por isso, nas visitas sempre ressaltamos os perigos desta idade, como os riscos de acidentes, algumas doenças, estado nutricional, desenvolvimento psicomotor entre outras. Também objetivamos melhorar os registros destes atendimentos, a captação das crianças maiores de um ano e aprimorar os grupos de mães, o que pode contribuir para a melhoria desta ação programática.

A atenção ao pré-natal é feita por consultas agendadas todas as terças e quartas-feiras de manhã. A estimativa da área é de 30 gestantes, destas temos 21 (68%) com pré-natal iniciado no primeiro trimestre e consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, indicador de qualidade que precisa melhorar, fazendo busca ativa para captação precoce destas gestantes. As mulheres ainda não consideram importante o planejamento familiar e a atenção precoce, oportuna e contínua da gravidez. A não participação de homens na atenção à saúde reprodutiva e sexual é outra das deficiências neste programa de saúde, para eles a gravidez e



um tema que só compete a mulheres. Minha UBS tem como dominadoras mulheres em idade fértil 745 e estimativa de 30 grávidas.

Outra limitação na atenção ao PN é a avaliação de saúde bucal, onde temos apenas 21(75%) gestantes avaliadas, embora todas recebam orientação e agendamento para a consulta, não comparecem em razão da cultura local, precisamos realizar mais ações educativas para incentivá-las, salientando a importância deste atendimento para a saúde do futuro bebê e da mãe. Os demais indicadores como solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e contra hepatites B, prescrição de suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico trimestral e orientação para aleitamento materno não têm dificuldades em seu cumprimento, sendo realizados em 100% das gestantes cadastradas. Dispomos de medicamentos para garantir os tratamentos das principais morbidades das grávidas.

Nas visitas domiciliares às mulheres em idade fértil procuramos explicar a importância do planejamento familiar, se encontramos grávidas que ainda não tenham começado o pré-natal, orientamos e agendamos para o seguimento do pré-natal. Ainda encontramos muitas situações que dificultam o bom funcionamento do programa de atenção pré-natal e puerpério, existem padrões culturais muito enraizados na população, como a não participação dos companheiros nas consultas junto com as grávidas, não realizaram exame de sangue quando são solicitadas, captações tardias de grávidas que não procuram a tempo o acompanhamento pré-natal e ainda falta de especialistas em obstetrícia e ginecologia para garantir a cobertura do atendimento dos 100% das grávidas, independentemente do risco.

Existe alta incidência de anemia materna, infecção urinária, risco de prematuridade e cáries dentárias entre nossas gestantes. Temos que melhorar o trabalho de educação em saúde através de grupos para levar o convencimento da necessidade do acompanhamento do dentista na atenção pré-natal, de iniciar o pré-natal já no primeiro trimestre da gestação. As orientações oferecidas precisam ser adequadas às reais necessidades e apropriadas para cada caso específico.

Quanto à prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, temos que reforçar as estratégias para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames para detecção precoce destes cânceres, além de ensinar as usuárias a observar sinais e sintomas de alerta. Na nossa área temos 485 mulheres de 25 a 64 anos, destas 189 (39%) são acompanhadas para prevenção do câncer de colo.

Pouco mais da metade (96) está com o exame citopatológico em dia, temos 39% delas com atraso de mais de seis meses, 32 % das mulheres identificadas como risco do câncer de colo um, além de ter cinco usuárias com exame citopatológico alterado, 96 (100%) das coletas de exame estão satisfatórias e 51% receberam orientações sobre prevenção de câncer e DSTs. Devemos intensificar a educação em saúde destas mulheres, visando a superação de tabus e fatores de impedimento para a realização do preventivo, além de buscar junto aos gestores a melhoria do acesso e a rapidez na chegada dos resultados do preventivo.

Quanto ao programa de prevenção de câncer de mama e ações programáticas pra minha UBS se estima 115 mulheres de 50 até 69 anos, delas 62 (54%) são acompanhadas, com mamografia em dia 33 (29%,) atrasos com mais de seis meses em 69 (60%) delas, com identificação de risco 24 (21%) e 96 (84%) orientadas pra prevenção de câncer de mama. Estes dados foram obtidos pelos prontuários das usuárias, livros de registro, arquivos das mulheres nas faixa etárias correspondentes e algumas informações obtidas na secretaria de saúde de meu município. O indicador de mamografia é muito baixo especialmente pela dificuldade de acesso das mulheres ao exame, não há disponibilidade no município e na cidade vizinha são autorizadas apenas oito mamografias anuais para nossa UBS..

A realização do citopatológico deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. Usuárias que não comparecem espontaneamente podem receber busca ativa nas visitas domiciliares para realização do exame. Na UBS o exame é feito de segunda a sexta feira pela enfermeira, como já falei faz dois meses que estamos sem enfermeiro e as usuários tem que ir ao outro unidade que fica a três quilômetros, onde o exame só é realizado nas quintas feiras. Estamos tratando deste problema com o secretário de saúde do município. Temos sala de preventivo na qual é coletada a amostra após a anamnese da usuáριο. Mais um problema que enfrentamos é a demora de até seis meses para o retorno do resultado deste exame, assunto que está sendo discutido junto aos gestores. Tal demora, em caso de resultado positivo, traz como consequência a piora do prognóstico.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os de mais níveis de atenção. Para isto é muito importante aumentar a cobertura da mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, ampliar a cobertura de exame cito patológico em

mulheres de 25 a 64 anos, tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. As ações de prevenção de saúde são uma estratégia fundamental para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames e reforçar sinais e sintomas de alerta na detecção precoce desta doença. O controle do tabagismo e uso de preservativos durante a relação sexual protege do contágio pelo HPV e outras doenças sexualmente transmissível, controle de mulheres a partir de 50 anos de idade (fator de risco mais importante para câncer de mama), mulheres nulíparas, obesidade, ingestão regular de álcool, gravidez após os 30 anos, história familiar de câncer de mama.

A equipe vem buscando melhorar a atenção aos programas de prevenção dos cânceres, intensificando o trabalho nas atividades de educação em saúde. Os ACS foram treinados e têm o compromisso e de fazer a busca ativa e orientar as mulheres das faixas etárias dos programas pra alcançar 100% nas metas de qualidade. Nas reuniões da equipe já temos falado destas deficiências, também discutimos com os gestores de saúde, com o secretário de saúde e prefeito a importância de melhorar a cobertura de atendimento dos exames para prevenção do câncer de mama e colo de útero, doenças que precisam de diagnóstico precoce para melhor prognóstico do tratamento.

Para atenção aos hipertensos e diabéticos, temos implementado o programa HIPERDIA. Os usuários são atendidos na unidade por todos os profissionais da equipe. São disponibilizados os medicamentos para tratamento na farmácia da própria unidade. Oferecemos as vacinas de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS. São realizadas as ações educativas e de prevenção e promoção de saúde, individuais e coletivas, visando melhorar a qualidade de vida. Os atendimentos ocorrem em um dia da semana, durante os dois turnos e são registrados nos prontuários. Após o atendimento fica programada a próxima consulta.

Buscamos promover a mudança de hábitos de vida e a participação comunitária ajuda a mudar o estilo de vida da comunidade além de orientar a população sobre a importância da prática de exercícios físicos. Para isso estamos buscando identificar lideranças comunitárias que possam formar um grupo de caminhada/práticas corporais. Também orientamos sobre a necessidade de reduzir ou abolir o hábito de fumar e estamos planejando grupo de apoio para os fumantes.

Os hipertensos e diabéticos chegam à UBS tanto com consulta agendada como em demanda espontânea, depois do acolhimento se faz uma anamnese,

exame físico completo, calcula-se o IMC, os exames complementares são solicitados e às vezes tem como resultado um síndrome endócrino metabólica, se prescreve tratamento, segundo protocolo de saúde. Se algum órgão está comprometido se encaminha a diferentes especialidades, como oftalmologia, cardiologista, endócrino, necrólogo, nutricionista e uma das limitações de meu município, também educador físico, como uma contra referência, para o acompanhamento.

Faz-se o rastreamento a usuários maior de 18 anos para hipertensão arterial e a toda população para Diabetes Mellitus, visando o diagnóstico precoce, ainda sem as complicações. A equipe avalia se existem fatores de riscos como idade, história familiar, sedentarismo, obesidade, fumantes, alcoólatras, situações socioeconômica, culturais, entre outras. É preciso que a população se conscientize em fazer as mudanças do estilo de vida e percebam os riscos a que são submetidos, com os hábitos alimentares, que ainda tem algumas pessoas, por isso se faz atividades individuais no grupo de pessoas, em famílias entre outras, participando medico, enfermeira, ACS, dentista. É preciso que o usuário saiba que estas doenças são preveníveis e se tratadas precocemente resultam em uma vida mais longa e com mais qualidade. Ao final de cada consulta se agenda a visita domiciliar ou a próxima consulta. E muito agradável ver um resultado satisfatório de cada usuário, às vezes com um sorriso ou um forte aperto de mão.

Em nossa UBS temos controle dos usuários com HAS e DM, segundo o programa de Hiperdia do MS, trabalhamos também com a população que apresentam fatores de risco de desencadear estas doenças, aproveitando principalmente os cenários das consultas da UBS e as visitas domiciliares levando em nosso pensamento a visão integral do indivíduo, da família e da comunidade. Nosso objetivo principal é mudar estilos de vida não saudáveis para estilos de vida saudáveis através do incentivo a prática saudável de exercícios físicos, fomentar uma alimentação adequada; evitar o sedentarismo, tabagismo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sobrepeso e obesidade.

Em relação à HAS os dados foram levantados através do Prontuário clínico, SIAB e HIPERDIA. A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 406, temos um total de 157 hipertensos acompanhados na UBS indicando cobertura de 39%. Deles 52% tem estratificação de risco cardiovascular. Temos 42 usuários com atraso de mais de sete dias nas consultas agendadas, estes recebem

busca ativa nas visitas domiciliares, somente 31% tem exames complementares em dia. Este problema se repete em todas as ações pela inexistência de laboratório no município que somente realiza alguns exames de laboratório no hospital e os demais são realizados no município vizinho. Mensalmente, em reuniões de grupo fazemos palestras onde orientamos como levar uma vida mais saudável com a prática de atividades físicas regulares, alimentação saudável, entre outros aspectos.

Quanto aos usuários adultos portador de DM tem 116 estimados na área e um total de 32 cadastrados na UBS. Destes 18 (56%) recebem avaliação mensal em consultas programadas e visita domiciliar e tem estratificação de risco cardiovascular foram avaliados pulso pedúnculo e tibial posterior e sensibilidade em nos últimos três meses. Os 32 (100%) usuários receberam orientação sobre alimentação e atividades físicas regulares. A maior dificuldade é a realização de exames complementares periódicos e com avaliação da saúde bucal. Este grupo recebe avaliação mensalmente em consultas programadas e em visita domiciliar, identificando riscos, palestras, orientamos sobre as doenças, alimentação, atividades físicas regulares, sobre a importância da saúde bucal, para fazer mudança em modo e estilo de vida, evitar complicações, estamos pesquisando nossa área de abrangência para chegar a 100% de cobertura.

Dentre as ações realizadas para ambos hipertensos e diabéticos, temos: controle da pressão arterial a todos os usuários tanto na consulta como na visita domiciliar, verificação da glicemia com teste rápido a todos os usuários de risco ou com antecedentes familiares. Também fazemos palestras na comunidade e na igreja do bairro, onde contamos com grupos de diabéticos e hipertensos com 21% de participação aproximadamente.

Em relação à atenção aos idosos da área, seguimos o protocolo de atendimento do MS. Não dispomos de atendimento de especialista como geriatra, cardiologista, oftalmologista, traumatologia, urologista, neurologista, psiquiatra, cirurgião, etc. Para estes usuários é de grande importância a participação de todos os membros da família no cuidado e na atenção ao bem-estar do idoso, e cabe a nós profissionais de saúde sermos incentivadores desse cuidado, e sobre tudo estarmos atentos a qualquer descaso da família a essa pessoa, existem diversas alternativas que propiciam os cuidados as pessoas na condição de velhice, como centros de convivência ou convívio, apoio domiciliar, lares residenciais, residências

temporárias, asilos com o aumento do número de pessoas que necessitam de cuidados

Considerando a cobertura para esta população temos uma proporção de 64% de idosos acompanhados. Destes 18 tem cadernetas de saúde de idosos, 24% tem avaliação multidimensional, 44% estão com as consultas em dia, cinco são diabéticos e 28% portadores de hipertensão, 59% estão com risco para morbidades avaliadas, 37% com fragilização avaliada. Todos (100%) os acompanhados pela nossa equipe são orientados sobre atividade física, alimentação saudável, saúde bucal e outras ações em diferentes ambientes de nossa área de abrangência. Os indicadores de qualidade demonstram que ainda temos muitas atividades para fazer mudanças positivas em pouco tempo através das reuniões com nosso secretário de saúde, prefeito procurando sanar as limitações que temos.

As consultas aos usuários idosos são oferecidas diariamente, onde são avaliados de forma integral, fazemos um interrogatório adequado, escutamos suas queixas, examinamos, avaliamos sua capacidade física e mental, orientamos, fazemos educação para sua saúde, geralmente sobre prevenção das doenças, modificação do estilo de vida, prática sistemática de exercícios físicos, evitar o sedentarismo e tabagismo, além de outros fatores de risco que podem estar presentes neste usuário. Indicamos exames complementares, tratamento específico para sua doença e orientamos sua próxima consulta, para agendamento. Para o atendimento utilizamos o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde Pública dos 2013. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos e as vacinas na ficha – espelho de vacinas. Não contamos com arquivos específicos das pessoas idosas, mas já confeccionamos um arquivo para revisar mensalmente para aumentar a cobertura de atendimento, os prontuários são arquivados por famílias.

Além disso, temos dois grupos de idosos, geralmente com doenças crônicas associadas, com aproximadamente 24% de participação com os quais fazemos atividades de educação para a saúde, estas são feitas no âmbito da UBS, na igreja do bairro e na casa dos idosos fazemos nas visitas domiciliares educação para saúde e orientações da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral de diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade e tabagismo. Nós avaliamos a capacidade funcional dos

idosos globais. O cuidado dos idosos é registrado na história e no registro de atendimento odontológico.

A equipe está comprometida e empenhada em sanar tais problemas tão relevantes junto aos idosos, pois sabemos que são pessoas vulneráveis frágeis envelhecidas, suscetíveis a todos os problemas de doenças como já mencionadas, por tanto a nossa equipe tem um papel fundamental na mudança de estilo de vida, pois fazemos atividades de grupo, palestras envolvendo problemas tais como hábitos de fumar ingestão de bebidas alcoólicas, alimentação adequada, restrição do uso inadequado do sal, gordura, carboidratos etc. Também há uma preocupação da nossa equipe de saúde em relação a integração desse idosos nas atividades físicas, que há semanalmente, nas comunidades que integram o município, incentivando-os para que participem aproveitando a professora de educação física que está apoiando a equipe, desenvolvendo atividades para aumentar a autoestima, esperança de vida, participação ativa na sociedade criando um ambiente propício e favorável a um envelhecimento mais saudável.

Após concluir esta análise da UBS concluo que as principais limitações a serem enfrentadas são o déficit de médicos especialistas no município, a demora dos resultados dos exames complementares, a dificuldade de acesso à mamografia, a falta de alguns tipos de medicamentos e a falha no rastreamento de hipertensão e diabetes.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o Relatório da Análise Situacional com o texto inicial da segunda semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS na unidade básica de saúde Sofia Almeida Barreto, nota-se que o relatório permitiu ter uma visão mais clara da estrutura da UBS, explorando as necessidades e limitações, as barreiras arquitetônicas, a organização da demanda dos usuários, o alcance e dimensão da atenção profissional e a acessibilidade dos usuários a SUS, permitiu traçar estratégia para resolver os problemas identificados.

A análise situacional facilitou o conhecimento do número total de população de famílias, usuários por faixa etária e conhecer os diferentes grupos de ações programática tais como gestantes, crianças, hipertensão, diabetes, idosos e

mulheres com risco de câncer de colo de útero e mama. Permitiu também a avaliação qualidade das ações desenvolvidas, dificuldades existentes e positivas a serem fortalecidos. Além de monitoramento e avaliação dos diferentes indicadores de cobertura e qualidade na atenção netos grupos priorizados.

Além disso, pode-se conhecer como está organizado o processo de trabalho dos Professional da equipe de saúde, assim como diferentes ações que são desenvolvidas na unidade como: vacina, bolsa família, Grupos de Hiperdia, mostra de material para o Papanicolau, teste rápido de HIV entre outros.

Ao finalizar enfatizamos que a análise situacional proporcionou o fortalecimento do trabalho em equipe através da avaliação do trabalho realizado, das metas alcançadas e da perspectiva de mudanças positivas quais podem garantir atendimento de qualidade à população.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) representam fatores de risco para as doenças cérebro vasculares, renovasculares e cardiovasculares, estas últimas são a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. De acordo com o Ministério Da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas (BRASIL 2012).

Dados do VIGITEL (2011) apontam que 5,6% da população refere ter DM. Além disso, podem produzir invalidez grave como cegueira, perda das funções renais, embolia, com repercussão tanto para o usuário como para a família e a comunidade. Os profissionais da atenção básica devem estar preparados para o cuidado destes usuários por meio de ações de prevenção, promoção de saúde e tratamento e reabilitação garantindo assim o aumento da qualidade de vida.

A equipe de saúde da UBS Sofia Almeida Barretos está composta por um dentista com sua auxiliar de saúde bucal, um médico clínico geral, quatro técnicos de vigilância epidemiológica, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes de saúde e uma enfermeira. A UBS dispõe de somente uma equipe para atender uma população de 2311 pessoas. De acordo com o caderno de ações programáticas, a estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais na área é de 406, sendo que temos 157 destes cadastrados, conseguindo cobertura de 39%. Em relação aos diabéticos, dos 116 estimados, temos cadastrados 32 com cobertura de 28%.

Em relação aos indicadores de qualidade, toda equipe realiza nas visitas domiciliares ações educativas e de prevenção e promoção destinadas a todos os usuários, com ênfase neste grupo na busca de faltosos às consultas, também identificamos risco e orientamos sobre os dias de consultas, esperamos identificar e garantir a estratificação de risco cardiovascular de todos os diabéticos e hipertensos da área. Não temos dados suficientes na UBS que permitam avaliar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos, o que corrobora para a implementação deste projeto.

Os principais problemas a serem enfrentados para realização desta intervenção são a inexistência de laboratório e agendamento para consultas

especializadas, pois o município não dispõe de médicos especialistas e estas consultas são realizadas em outro município.

A equipe está disposta a implantar ações para a melhoria da qualidade de atenção a população de hipertenso e diabético de nossa área, refletindo assim na melhora das condições de saúde da comunidade e melhoria de efetividade da atenção oferecida pela UBS.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBSF Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima - AC.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde dos hipertensos e/ou diabéticos;

2- Melhorar a qualidade da atenção dos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde;

3- Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao Programa de Saúde;

4- Melhorar o registro das informações;

5- Mapear aos hipertensos e/ou diabéticos de risco da área de abrangência;

6- Promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos;

## **2.3 METAS**

Para o alcance do objetivo 1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde dos hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde para 60 % em quatro meses.

Para o alcance do objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção dos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Para o alcance do objetivo 3- Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao Programa de Saúde:

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para o alcance do objetivo 4- Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o alcance do objetivo 5- Mapear aos hipertensos e/ou diabéticos de risco da área de abrangência:

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o alcance do objetivo 6- Promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto de intervenção será desenvolvido na UBS Sofia Almeida Barreto, no município de Mâncio Lima, Acre. A população alvo será os hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Terá duração de quatro meses.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para alcance da meta de: Ampliar a cobertura a 60% da atenção dos hipertensos e diabéticos da UBS Sofia Almeida Barreto, as ações propostas serão:

#### Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabético cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e diabete mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Avaliar a cobertura semanalmente, tomando como base os registros em prontuários, ficha de espelho e planilha de coletas de dados. Também será feito contato com os ACS para verificar o andamento do cadastramento.

#### Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Acolher todos os hipertensos e diabéticos da área pela equipe de saúde, no período de quatro meses.

Detalhamento: O monitoramento do número dos hipertensos e diabéticos cadastrados serão realizados através da ficha de espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Garantir os registros dos hipertensos e diabéticos Cadastrados no programa.

Detalhamento: Solicitar aos profissionais da UBS o preenchimento dos dados de usuários nos registros (fichas de espelho e planilha de coletas de dados), visando cadastra o maior número possível durante o período de quatro meses.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial.

Detalhamento: para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão artéria na UBS, será informada ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento a estes usuários.

Garantir material adequado para realização de hemoglicotete na unidade de saúde.

Detalhamento: para garantir material adequado para a realização de hemoglicotete na UBS, será informada ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento a estes usuários.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar à equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criterioso incluído uso adequado do manguito.

Detalhamento: durante as reuniões semanais da equipe os profissionais de saúde serão capacitados sobre a verificação de pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito e para verificação da pressão arterial e realização hemoglicotete em adulto com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

#### Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção á Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento Nas consultas médica e por meio de ações educativas a comunidade será informada sobre a realização das consultas, sobre as periodicidades preconizadas para a realização das consultas e a comunidades será ouvida sobre estratégias pra não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A comunidade será informada sobre a existência do programa na UBS sobre a importância de medir a pressão arterial, sobre o rastreamento para DM em adultos e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, através do acolhimento nas consultas médicas e por meio de ações educativas.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adulto com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A comunidade será informada sobre a existência do programa na UBS sobre a importância de medir a pressão arterial, sobre o rastreamento para DM em adultos e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, através do acolhimento nas consultas médicas e por meio de ações educativas.

Ação: Orientar a comunidade os fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Esta ação será realizada sob a responsabilidade do médico, por todos os integrantes da equipe, durante o acolhimento, consultas individuais e ações educativas.

Para alcance das metas do objetivo 2-Melhorar a qualidade de Atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários Hipertensos e Diabéticos

Detalhamento: O monitoramento da realização da frequência do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos será realizado pelo médico da UBS e por meio do registro (da ficha de espelho e a coleta de dados).

Ação: Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Nas consultas medicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão informados em quanto a necessidade e periodicidades com que devem ser realizados os exame complementares.

Ação: Monitorar o numero de Hipertensos e Diabéticos com exame laboratoriais solicitados de acordo como periodicidade recomendada.

Detalhamento: Nas consultas medicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão informados em quanto a necessidade e periodicidades com que devem ser realizados os exame complementares.

Ação: Monitorar os Hipertensos e Diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Na UBS o atendimento odontológico será solicitado ao próprio usuário si ele tem realizado consultas periódicas anuais com o dentista, as informações colhidas serão registradas nos instrumentos fichas de espelho e planilha de coletas de dados

#### Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clinico destes usuários. Será oferecida uma capacitação aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS e dispondo a cada um deles a versão atualizada do protocolo para consulta e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais através de educação continuada.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Com o auxilio do gestor será garantida a solicitação de exames complementares e a agilidade para a realização dos exames aos usuários

Hipertensos diabéticos que procurarem a UBS. Ainda serão estabelecidos na UBS sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será solicitada aos funcionários da farmácia a realização do controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, entradas e saídas por meio de um registro específico de monitoramento das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor que disponibilize um número adequado de consultas odontológicas junto ao CEO para hipertensos e diabéticos da UBS; Será prounidade ao CEO que disponibilize na agenda atendimento priorizado para usuários classificados com risco odontológico.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe serão orientados pelo médico da UBS na própria unidade sobre a realização de exame clínico apropriado, conforme protocolo do MS.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exame complementar.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados a seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe os profissionais serão orientados, e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados quanto



ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico do diabético.

Detalhamento: Durante a reunião semanal de equipe os profissionais serão orientados sobre a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

Engajamento Público:

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade em quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades das extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão informados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Para o alcance das metas do objetivo 3- Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao Programa de Saúde:

Ação: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas nas unidades de saúde conforme a periodicidades recomendadas.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consulta em dia).

Detalhamento: Iremos monitorar o cumprimento da periodicidade nas consultas previstas no protocolo através do controle dos registros (da ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os profissionais da UBS (médica e enfermeira) vão realizar visita domiciliar para buscar os usuários faltosos e será organizado um espaço na

agenda de médicos e enfermeiros para o acolhimento de hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar aos ACS para a capacitação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

#### Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Para o alcance das metas do objetivo-4 Melhorar os registros das informações:

Ação: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente um profissional da UBS fará o levantamento de hipertenso e diabéticos acompanhados na UBS consultando os registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Alimentar o SIAB mensalmente, elaborar um registro junto com a equipe para acompanhamento dos usuários que possa viabilizar as situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Informar a equipe sobre a relevância do registro correto das informações.

#### Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Alimentar o SIAB mensalmente, elaborar um registro junto com a equipe para acompanhamento dos usuários que possa viabilizar as situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Informar a equipe sobre a relevância do registro correto das informações.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

#### Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Para o alcance das metas do objetivo -5 Mapear hipertensos e diabéticos com risco de doenças cardiovasculares:

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada através da consulta aos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será priorizado na UBS o atendimento dos usuários considerados de alto risco deixando disponibilizado na agenda horário para o atendimento desta demanda (deixando quatro fichas de atendimento, desde segunda-feira até quinta-feira, sempre no horário da manhã).

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés; sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nas consultas médicas os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Para o alcance das metas do objetivo-6 Promover a saúde de hipertenso e diabético:

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: O monitoramento quanto à realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento: Como a UBS não disponibiliza atendimento odontológico será solicitado ao próprio usuário se ele tem realizado consultas periódicas anuais com o dentista, às informações colhidas serão registradas nos instrumentos ficha espelho e planilha de coleta de dados.

#### Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; Será solicitado ao gestor parcerias institucional, para envolver nutricionistas nestas atividades de práticas educativas.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre atividade física serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; Será solicitado ao gestor parcerias institucional, para envolver educadores físicos nestas atividades de práticas educativas.

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", enfatizando a importância do uso desse medicamento por hipertensos e diabéticos para qualidade de vida.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais da UBS serão orientados sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde que podem ser utilizadas com os usuários.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre as práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

#### Engajamento Público:

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e familiares serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a importância da alimentação saudável.

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a importância da prática de atividade física regular.

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a importância da higiene bucal.

### 2.3.2 Indicadores

1. Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

2. Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.1 Proporção dos hipertensos e/ou diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade de saúde.

Meta 2.2 Garantir 100% dos hipertensos à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2 Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos com exame complementar em dia.



Denominador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.4 Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

3. Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4. Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5. Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para a realização desta intervenção direcionada à saúde dos hipertensos e diabéticos vamos adotar o caderno de atenção básica nº 36 e 37: hipertensos diabéticos, Ministério da Saúde, 2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), disponível na UBS, e utilizaremos os prontuários já existentes dos usuários. As planilhas de coletas de dados e fichas espelho a serem utilizadas são as disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Serão providenciadas cópias destas fichas com o gestor municipal, as quais ficarão disponíveis durante as consultas e atendimentos dos hipertensos e diabéticos na UBS.

No início da intervenção fizemos uma capacitação com toda equipe com duas horas de duração na tarde onde praticamos o preenchimento das cadernetas, fichas espelho. Estudo do protocolo de atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos, elaboramos um plano de ações para cumprir com nossas metas e objetivo de melhorar a cobertura acolhimento a usuários. Fazemos capacitação e orientação a toda equipe para que estejam conscientes sobre a importância de fatores de risco a hipertensos e diabéticos tais como: orientações nutricionais sobre a importância da prática de atividade física regular com participação ativa e massiva dos pacientes.

Também orientamos aos ACS como devem fazer a busca ativa deste grupo e estratégia para os faltosos a consulta colocou o papel de cada Profissional, avaliamos que já temos a fichas espelho y as cadernetas de saúdes a 100% e cada agente de saúde cadastrando aos hipertensos e/ou diabéticos de sua população para alcançar 80% de cobertura em quatro meses.

Organizamos a agenda da semana para a cobertura do atendimento; são dez atendimentos para os hipertensos e quatro para os diabéticos, atendendo que muitos dos hipertensos são diabéticos: quatro hipertensos em segunda feira, três diabéticos em terça feira e três hipertensos e um diabético em quarta, e três hipertensos em quinta. E a realização de uma atividade coletiva com os contatos; gestores e liderança com bom acolhimento, também foi planejado por odontologista, na quarta feira três atendimentos e na quinta dois atendimento.

No mês de fevereiro conseguimos realizar um trabalho em parceria com a equipe de odontologia, onde aqueles usuários que estavam sem avaliação em saúde bucal recebiam uma primeira avaliação e tinham sua consulta agendada, caso fosse necessário. Nos meses restantes da intervenção a avaliação odontológica foi feita pelo médico clinico geral da UBS.

Toda a equipe da UBS Sofia Almeida Barreto estará envolvida neste processo para melhorar os indicadores de qualidade e cobertura desta ação programática. Nas reuniões quinzenais da equipe haverá a exposição ao grupo do projeto e a discussão das atribuições de cada membro da equipe para a viabilização da intervenção. A partir daí realizaremos a capacitação da equipe, visando a qualificação da prática clínica sobre a utilização dos protocolos do MS de 2013. Esta capacitação ocorrerá na sala de reuniões da UBS, nos encontros quinzenais da equipe, com duração aproximada de duas horas e será de responsabilidade do médico.

Nestas reuniões discutiremos também nossas limitações e deficiências, com o auxilio dos gestores será garantida a solicitação de exames complementares e a agilidade para a realização dos exames aos usuários, também a disponibilidade alguns recursos importante para o desenvolvimento da intervenção.

Elaboraremos um plano de ações para cumprir com nossas metas e objetivos especialmente trabalharemos com a equipe a conscientização da importância da prevenção de fatores de risco a hipertensos e diabéticos tais como: orientações nutricionais e sobre a importância da prática de atividade física regular. Conseguiremos realizar um trabalho em parceria com a equipe de odontologia, onde aqueles usuários que estavam sem avaliação em saúde bucal recebiam uma primeira avaliação e tinham sua consulta agendada, caso fosse necessário.

Durante as reuniões de equipe serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clinico destes usuários. Será oferecida uma

capacitação aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS e dispor a cada um deles a versão atualizada do protocolo para consulta e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais através de educação continuada. Na busca de ampliação da cobertura aos ACS serão capacitadas pelo médico para aferição de pressão arterial e aplicação de hemoglicotete, durante as visitas domiciliares, procurando identificar os portadores de uma das doenças.

Será também mantido e aprimorado o grupo de educação em saúde para estes usuários, realizado em diferentes espaços da comunidade (clube, associação e UBS) procurando estimular hábitos saudáveis. Contaremos também com profissional de atividade física para a realização de atividades com este grupo. A divulgação de estes grupos será feita pelos ACS e demais profissionais de equipe terá folders, cartazes, retroprojetores e vídeos educativos.

O acolhimento será realizado pelos diversos profissionais da equipe, em todos os horários de funcionamento da UBS. A agenda para estes usuários será facilitada, havendo a disponibilização as consultas de segunda feira até a sexta feira. Após a realização da primeira consulta à próxima já será agendada. Essas ações têm por finalidade ampliar o número de Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS e de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para monitorar e avaliar a intervenção, mensalmente o médico e a equipe fazemos um levantamento dos atendimentos deste grupo, a fim de identificar os usuários faltosos para que seja realizada a busca ativa. A busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos será feita pelas ACS nas visitas domiciliares. Também será verificado se as fichas e prontuários estão corretamente preenchidos e permitindo a tabulação correta dos dados para cálculo dos indicadores. Esta etapa também é de responsabilidade do médico. Há disponível na UBS computador e internet para execução destas ações.

Os atendimentos clínicos serão realizados pelo médico da equipe e as informações coletadas serão digitadas na planilha eletrônica fornecida pelo curso de especialização. As consultas obedecerão aos protocolos do MS e serão realizadas todas as ações para cálculo dos indicadores de qualidade previstos no projeto, quais seja estratificação de risco que tem que ser visto nas consultas para garantir o cálculo dos indicadores. Os profissionais serão orientados sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo,

nos diabéticos em especial a avaliação dos pés; sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A disponibilidade de exames complementares será acertada com o gestor, viabilizando a agilidade de realização e de chegada dos resultados.

Realizaremos palestras a nossos usuários em os diferentes espaços de atendimento realizados por enfermeira e médico e demais integrantes da equipe treinada, durante os grupos de educação em saúde.

Nas ações de engajamento público, toda a equipe realizará nas visitas domiciliares ações educativas e de prevenção e promoção encaminhadas a todos os usuários, com maiores ênfases neste grupo, informamos aos usuários comunidades sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes Mellitus, importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, fazemos a busca de faltosos às consultas, fazemos pesquisa, verificando controle do peso, pressão arterial, glicose capilar. Também identificamos risco e orientamos sobre os dias de consultas, esperamos identificar e garantir a estratificação de risco cardiovascular. Há também a orientação sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, agendamos para atendimento odontológico e fazemos uma programação de agendamento deste grupo que serão atendidos na semana seguinte, tanto em consultas como visitas domiciliares, garantindo qualidade na atenção a este grupo.

Estas visitas domiciliares serão realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e demais integrantes da equipe e é realizado o registro das mesmas através do preenchimento de-planilha de registro e prontuário do Usuário. Para estas visitas, que ocorrem diariamente, há carro disponível na UBS.

Os principais problemas a serem enfrentados para realização desta intervenção são a inexistência de laboratório e agendamento para consultas especializadas, pois o município não dispõe de médicos especialistas e estas consultas são realizadas em outro município. A equipe esta disposta a implantar ações para a melhoria da qualidade de atenção a população de hipertenso e diabético de nossa área refletindo assim na melhora das condições de saúde da comunidade e melhoria de afetividade da atenção oferecida pela UBS.







### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A intervenção ocorreu no período de três meses, de 24 de janeiro de 2015 a 23 de abril de 2015, contemplando o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Ocorreram algumas mudanças na rotina do serviço na UBS a partir da introdução da ficha espelho, do cadastro dos usuários busca de usuários faltosos, encaminhamento para odontologia.

Durante a intervenção foram desenvolvidas ações objetivando ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos e ou diabéticos, o que ocorreu de forma gratificante de acordo com o planejado no projeto de intervenção. Para cumprir a meta de ampliação da cobertura, foi realizado o cadastro adequado do usuário na ficha de espelho, com o objetivo de realizar um atendimento organizado e de qualidade. Este era realizado pelo médico, durante a consulta clínica, a qual era oferecida em duas modalidades, agendada pelos usuários junto à recepção ou através da busca ativa dos ACS.

Os atendimentos clínicos deste grupo foram realizados pelo médico, de maneira integral, conforme o protocolo do MS e era feito o preenchimento da ficha-espelho. Semanalmente eram repassadas as informações, para as planilhas de coleta de dados, assim foi possível visualizar os indicadores obtidos com a intervenção, sendo uma ótima experiência.

Também na consulta foram trocadas informações com os usuários direcionadas à promoção da saúde, com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças.

Foram realizadas atividades aos grupos de diabéticos e/ou hipertensos na consulta clínica individual e durante as visitas nas comunidades, por meio de palestras oferecidas pelo médico, enfermeira, ACS capacitados atividades direcionadas à promoção da saúde com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças.

Dentre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e cumpridas

integralmente podemos descrever nas reuniões de capacitação de equipe que ocorreram semanalmente com resultados positivos, onde foi abordado o protocolo de HAS e DM e estabelecido o, com presença da maioria dos membros da equipe. Sobre o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, de forma geral quase todos os membros da equipe estiveram envolvidos na intervenção, alguns dos profissionais não contribuíram no projeto: faltou o técnico de enfermagem, três ACS, o dentista trabalhou apenas no primeiro mês, entrando em férias a seguir e retornando apenas no final dos três meses.

Em relação ao monitoramento da intervenção, o cadastro de todos HAS e DM da área adstrita foi facilitado, porque os profissionais e membros da equipe começaram a organizar o serviço e realizar o cadastramento de todos portadores das patologias supracitadas de maneira integral.

A organização do registro de atendimento dos HAS e DM encontrou certa dificuldade, pois a equipe não estava completa, o médico procurava estar atento para que houvesse preenchimento correto das informações.

Nas ações de engajamento público, toda a equipe realizou nas visitas domiciliares ações educativas e de prevenção e promoção direcionadas a todos os usuários, com maiores ênfase neste grupo. Informamos aos usuários na comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes Mellitus, importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos. Fizemos a busca de faltosos às consultas, fizemos pesquisa, verificando controle do peso, pressão arterial, glicose capilar. Também identificamos risco e orientamos sobre os dias de consultas, esperando identificar e garantir a estratificação de risco cardiovascular.

Houve também a orientação sobre a importância de realizar a avaliação de saúde bucal, orientamos sobre os medicamentos existentes na UBS para o controle da doença, agendamos para atendimento odontológico e fazemos uma programação de agendamento deste grupo que serão atendidos na semana seguinte, tanto em consultas como visitas domiciliares, garantindo qualidade na atenção a este grupo.

Algumas das ações previstas no projeto não foram completamente desenvolvidas são: uma de nossas maiores dificuldades; é que a equipe não está completa e algumas áreas sem agentes de saúde, ainda não foi possível completar o cadastro para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, então a cobertura destes usuários ficou em 34,1% no final da intervenção, não sendo possível atingir a

meta, mas conseguindo aumento progressivo durante a duração do projeto, que teve o prazo encurtado de quatro para três meses, o que também contribuiu para o não atingimento desta meta foi a saída de alguns dos funcionários que eram provisórios na equipe, que ficou incompleta e áreas extensas da UBS sem cobertura de ACS, também pelos feriados e as férias de membros da equipe.

Sinalando que no município tem um laboratório com acessibilidade aos usuários e demoram muito em realizar e entregar os resultados dos exames e o resto são laboratórios privado. Em relação aos exames complementares em dia dos hipertensos e/ou diabéticos houve um comportamento similar nos três meses da intervenção e não conseguimos alcançar a meta proposta de 100%.

Outra das ações que não se completaram foi avaliação odontológica, a qual depois do primeiro mês tornou-se com dificuldade, já que o dentista está de férias e ainda não voltou e/ou dentista da unidade mais perto fica a quatro quilômetros. No mês de fevereiro conseguimos realizar um trabalho em parceria com a equipe de odontologia, onde aqueles usuários que estavam sem avaliação em saúde bucal recebiam uma primeira avaliação e tinham sua consulta agendada, caso fosse necessário. Nos meses restantes da intervenção a avaliação odontológica foi feita pelo médico clínico geral da UBS. Também a avaliação multidisciplinar por déficit de especialista de nível secundário no município, já comentamos as dificuldade aos gestores e ainda não obtivemos retorno.

Outra limitação foi em conseguir agendar consulta aos usuários faltosos, nas áreas que não temos ACS, a primeira tentativa foi através do contato telefônico, porém muitas vezes o telefone deste usuário encontrava-se impossibilitado de receber chamada. Tivemos a iniciativa de formar um grupo de apoio comunitário para conseguir contato, conseguindo o comparecimento destes usuários na UBS, ocorrendo o atendimento previsto, isto foi mostrando resultados positivo ao longo da intervenção.

Não conseguimos atingir a meta 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. Nos últimos meses da intervenção, porém chegou bem perto, Observa-se que no primeiro mês cumprimos a meta de 100%, com os 27 hipertensos recebendo medicamentos, no segundo mês 57 (93,4)%, no terceiro mês 94 (96,9%). Para os diabéticos no primeiro mês alcançamos 100%, no segundo mês 26 (96,3%) e no terceiro mês 90 (97,6%). Isto aconteceu devido à causa que nem todos os usuários

recebiam atenção somente na UBS. Alguns estavam sendo acompanhados pelo cardiologista e outros especialistas, os quais prescreviam medicamentos diversos dos disponíveis na farmácia da UBS ou farmácia popular.

Também no princípio da intervenção enfrentamos dificuldades como: a saída de alguns dos funcionários que eram provisórios na equipe, que ficou incompleta e áreas da UBS sem cobertura de ACS. Além disso, as férias de alguns membros da equipe e os feriados acabaram por atrasar algumas ações, porém, procuramos estratégias que alcançamos realizar o cadastro de usuários conforme o planejado. A equipe envolvida trabalhou com ênfases de fazer mudanças positivas em modo e estilo de vida. Visando atingir as metas com o objetivo de melhorar a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Cabe destacar que algumas dificuldades foram localizadas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, como em relação aos dados da UBS, pois apenas alguns funcionários souberam dizer o número total da população da UBS e o número total de HAS e DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, porém achei esse dado descrito em documentos oficiais do município.

Foram realizadas semanalmente reuniões da equipe onde avaliamos o desenvolvimento das ações e discutimos os resultados e planteamos as limitações encontradas durante coletas de dados, alguns dos membros da equipe ao início comentavam que estavam sobrecarregados e sem tempo, soou contava com apoio da enfermeira e da coordenadora para fazer triagens, avaliação das fichas, o cadastro e solicitação das buscas.

Depois com engajamento consegui motivação dos ACS e funcionários da equipe para obter os dados e agilizar nossa intervenção, porém, em algumas semanas apresentamos mais dificuldades pelos feriados e as férias de membros da equipe. Adotamos estratégias para conseguir os agendamentos dos usuários dessas semanas.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A incorporação das ações previstas no projeto já está incorporada na rotina do serviço e há viabilidade de continuidade da ação programática, mesmo com as dificuldades enfrentadas nestes meses iniciais. O atendimento específico para a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos já é uma realidade em nosso meio. Continuaremos realizando os atendimentos e cadastros segundo o planejamento do projeto, assim como, tentando programar as ações ainda não colocadas em prática.

As fichas-espelho já fazem parte de nossa rotina, precisamos manter um controle periódico destas para atingirmos as metas de cadastro de cem por cento de nossos usuários no decorrer dos meses. Uma das principais metas é a regularização da situação de nossos grupos, para retorno das atividades de educação em saúde, assim como, familiarizar as novas colegas com a importância de manter a agenda dos usuários e contar com apoio delas nos cadastros e acolhimentos de novos usuários.

Sabemos que houve muitos avanços e melhorias com o desenvolvimento da intervenção na UBS: como a organização do trabalho da UBS e união entre os membros da equipe, porém, ainda precisa ser feito mais. Uma das dificuldades encontradas foi a equipe incompleta e as férias de alguns membros no momento da intervenção.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Apresento os resultados alcançados na intervenção com foco na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS Sofia Almeida Barreto. O projeto teve duração de três meses, com início em 23 de janeiro de 2015 e término em 24 de abril de 2015.

1. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde aos hipertensos da área da unidade de saúde para 60%:

Indicador 1.1: Proporção dos hipertensos pertencentes à área de abrangência cadastrada no programa.

A equipe buscou cadastrar os 288 hipertensos estimados da área, em trabalho conjunto com as ACS. Esse valor foi obtido através do cadastro existente na UBS que foi feito pela equipe.

No primeiro mês foram cadastrados 27 (9,4%) hipertensos, no segundo mês 61 (21,3%), no terceiro 98 (34,1%), chegando então à cobertura de 34,1% no final da intervenção, não sendo possível atingir a meta, mas conseguindo aumento progressivo durante a duração do projeto, que teve o prazo encurtado de quatro para três meses, o que também contribuiu para o não atingimento desta meta foi a saída de alguns dos funcionários que eram provisórios na equipe, que ficou incompleta e áreas extensas da UBS sem cobertura de ACS, também pelos feriados e as férias de membros da equipe.

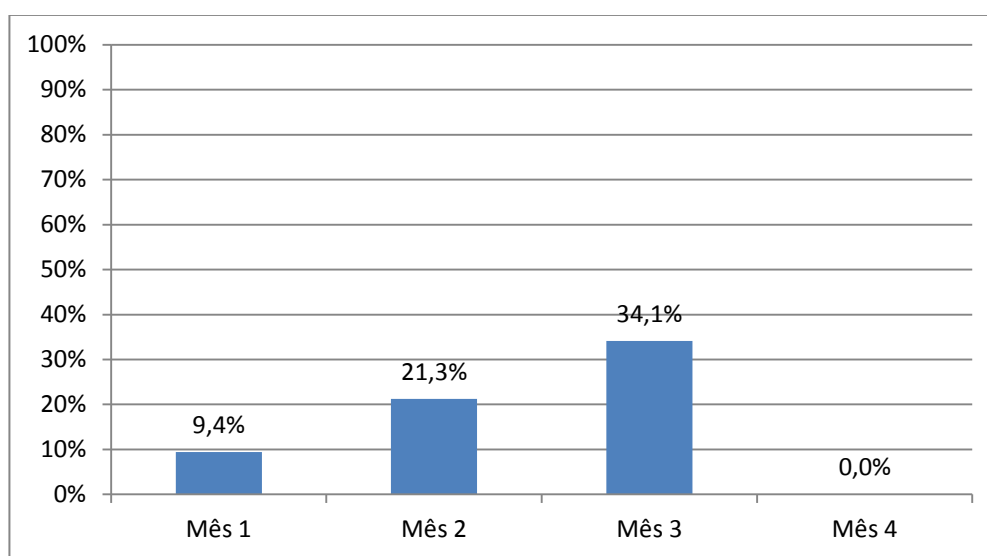


Figura 1- Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 1.2: Ampliar a cobertura de atenção à saúde dos diabéticos da área da unidade de saúde para 60%:

Indicador 1.2: Proporção dos diabéticos pertencentes à área de abrangência cadastrada no programa.

Na área de abrangência temos a estimativa de 67 diabéticos, os quais foram buscados pelas ACS e divulgação da UBS para cadastramento no programa.

No primeiro mês foram cadastrados 13(19,7%) dos diabéticos, no segundo mês 27(40,9%), no terceiro 41(62,1%). Então, para os diabéticos tivemos ao final dos três meses 41 usuários consultados, para uma cobertura de 62,1%, atingindo a meta proposta. Pelo trabalho de equipe que durante as reuniões foram orientados para o cadastramento de toda nossa área de abrangência, com a participação ACS, também a periodicidades das visitas domiciliares que conseguimos agendar consulta aos usuários faltosos deste grupo.

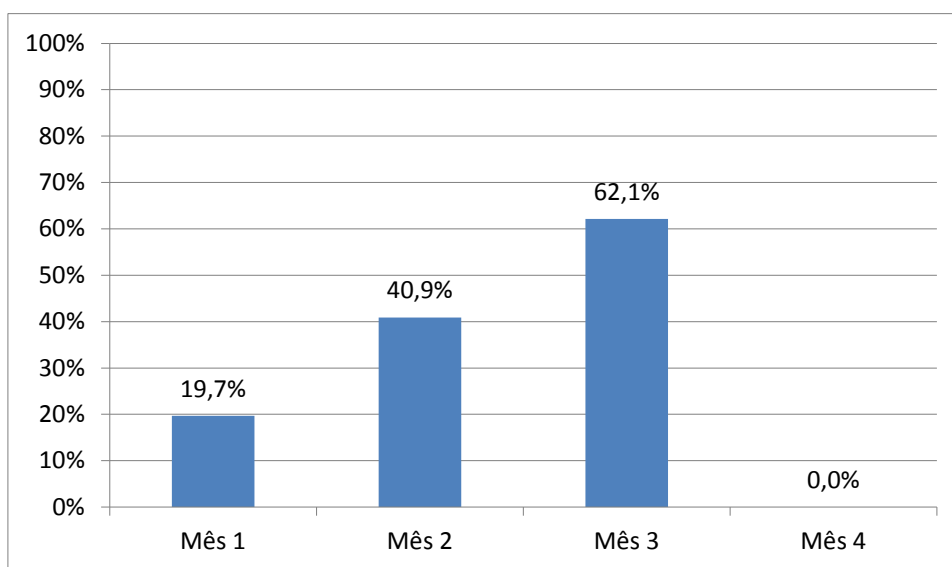


Figura 2- Cobertura do programa de atenção à saúde dos diabéticos na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

2. Resultados relativos ao objetivo de melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos em acompanhamento, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Para a contemplação desta meta, realizamos as consultas de forma integral.

No primeiro e segundo mês todos os hipertensos (27 e 61, respectivamente) foram avaliados, no terceiro mês 97(99%), esta meta foi atingida pela consulta médica e os profissionais da equipe capacitada segundo o protocolo para realização de exame físico dos usuários através de educação continuada.

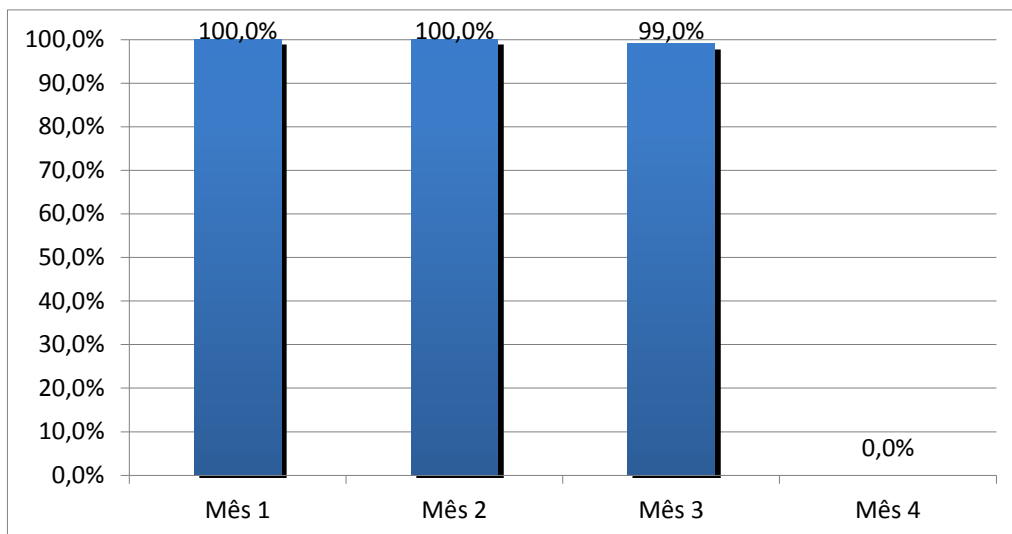


Figura 3- Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos em acompanhamento, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Para esta meta, os 13, 27 e 41 diabéticos cadastrados nos três meses receberam o exame clínico, conseguindo-se os 100% prounidades no projeto. Foi alcançada pela periodicidades das consultas aos diabéticos e também a participação dos profissionais da equipe capacitados.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo.

Sinalando que no município tem um laboratório com acessibilidade aos usuários e demoram muito em realizar e entregar os resultados dos exames e o resto são laboratórios privados.

Em relação aos exames complementares em dia dos hipertensos houve um comportamento similar nos três meses da intervenção e não conseguimos alcançar a meta. No primeiro mês 19 (70,4%) de usuários com exame em dia, no segundo mês 48 (78,7%) e no terceiro mês 76 (77,6%). No município existe somente um



laboratório com acessibilidade aos usuários no hospital e demoram muito em realizar e entregar os resultados dos exames o resto são laboratórios privados.

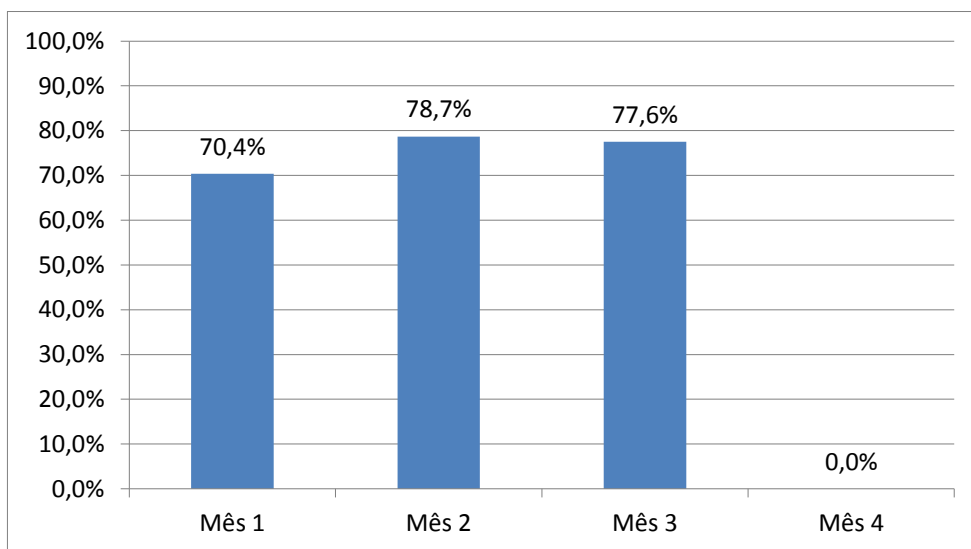


Figura 4- proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo.

O comportamento de diabéticos com exame complementares em dia foi ainda melhor que os hipertensos, no primeiro mês 9 (69,2%), no segundo mês 21 (77,8%) e no terceiro mês 31 (75,6%).

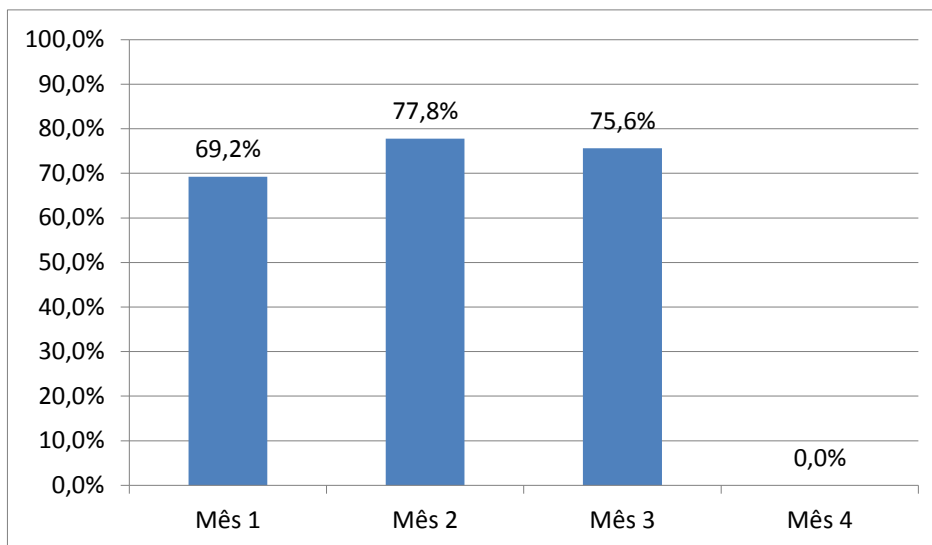


Figura 5- Proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

Não conseguimos atingir a meta nos últimos meses da intervenção, porém chegou bem perto, Observa-se que no primeiro mês cumprimos a meta de 100%, com os 27 hipertensos recebendo medicamentos, no segundo mês 57 (93,4)%, no terceiro mês 94 (96,9%). Isto aconteceu devido à causa que nem todos os usuários recebiam atenção somente na UBS. Alguns estavam sendo acompanhados pelo cardiologista e outros especialistas, os quais prescreviam medicamentos diversos dos disponíveis na farmácia da UBS ou farmácia popular.

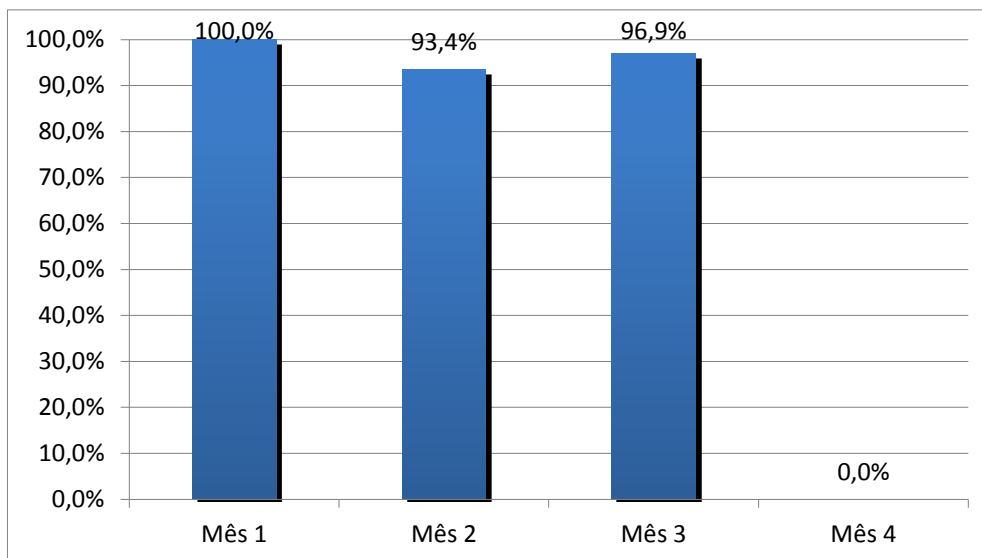


Figura 6- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada, na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

Também quase conseguimos a meta de prescrição de diabéticos com medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. No primeiro mês alcançamos 100%, no segundo mês 26 (96,3%) e no terceiro mês 90 (97,6%). O motivo foi o mesmo descrito acima, alguns também eram acompanhados por outros médicos especialistas.

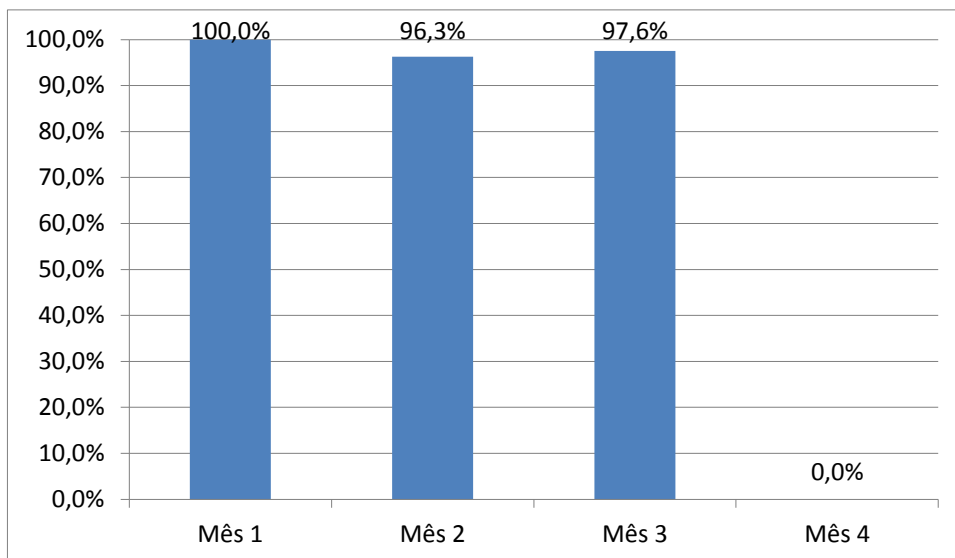


Figura 7- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada, na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No mês de fevereiro conseguimos realizar um trabalho em parceria com a equipe de odontologia, onde aqueles usuários que estavam sem avaliação em saúde bucal recebiam uma primeira avaliação e tinham sua consulta agendada, caso fosse necessário. No primeiro mês contamos com 23 (85,2%) avaliados, nos meses seguintes contamos com 49 (80,3) e 73 (74,5%), sendo que, após a primeira semana de março a dentista entrou em período de férias e esteve fora da unidade, justificando a redução nas avaliações.

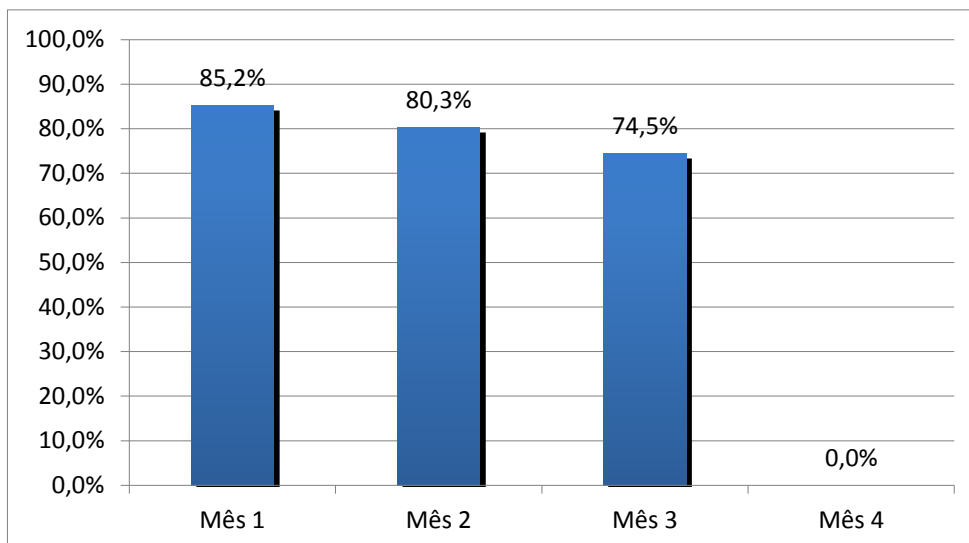


Figura 8- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Também houve uma redução de avaliação da necessidade odontológica aos diabéticos. Os motivos da redução são os mesmos que dos hipertensos. No primeiro mês foi 11 (84,6%), nos meses seguintes foram 19 (70,4%) e 28 (68,3%).

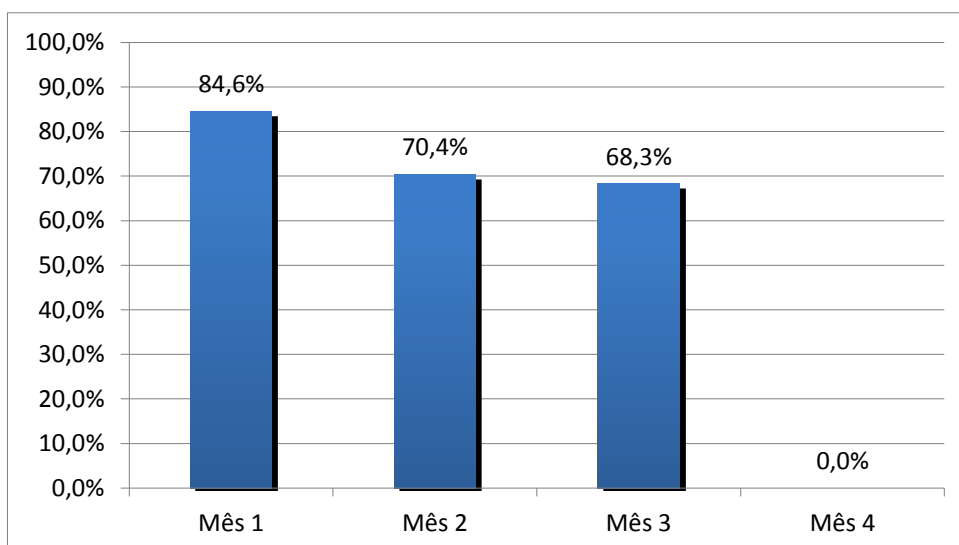


Figura 9- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

3. Resultado relativo ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1; Proporção de hipertensos, faltosos as consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês foram buscados 4 dos faltosos(100%), nos meses seguintes foram 16 (88,9%) e 24 (82,8%). Desde início da intervenção a equipe trabalho muito na busca ativa, por meio das ACS nas visitas domiciliares, as quais divulgavam a importância de comparecimento à UBS. Também foi feito contato telefônico, quando possível.

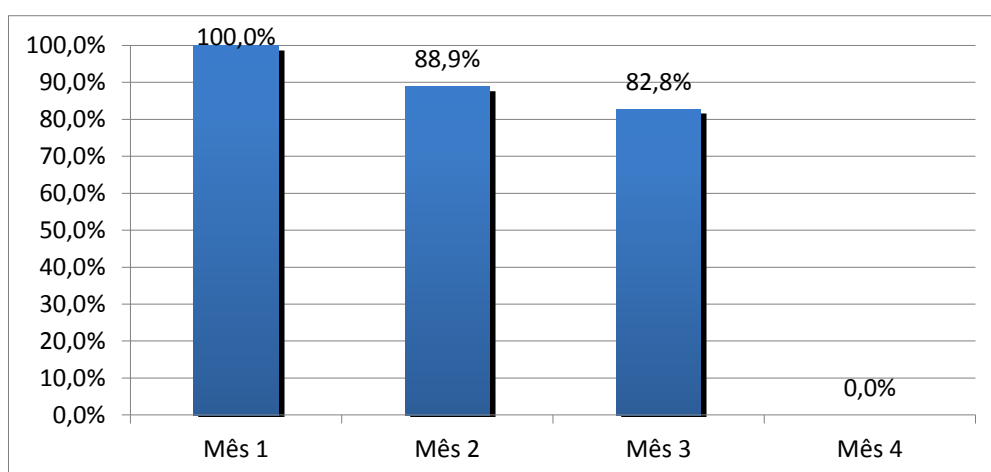


Figura 10- Proporção de hipertensos, faltosos as consultas médicas com busca ativa na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2; Proporção de diabéticos, faltosos as consultas médicas com busca ativa.

Em relação com os diabéticos também cumprimos a meta 100% no primeiro mês, no segundo mês 6 (85,7%) foram buscados e terceiro mês 14 (93,3) receberam busca ativa.

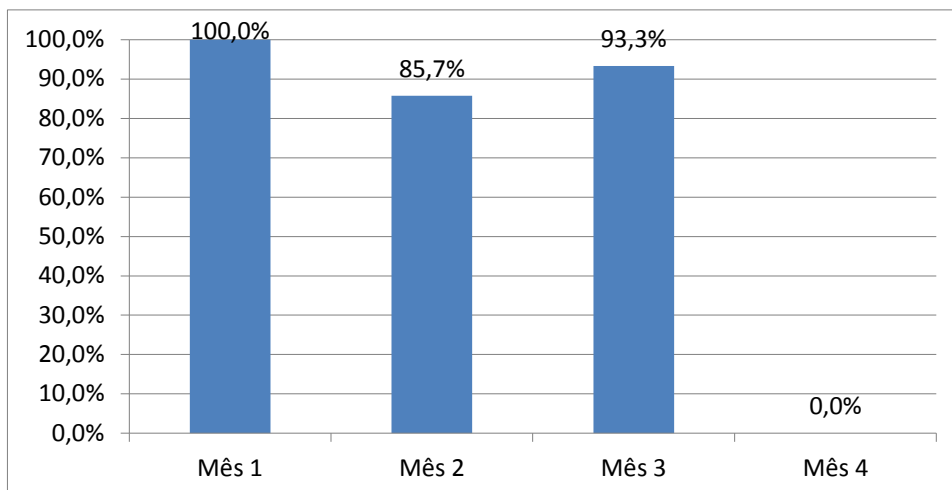


Figura 11- Proporção de diabéticos, faltosos as consultas médicas com busca ativa, na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

#### 4. Resultados relativos ao objetivo de melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de Acompanhamento.

Após a reunião de equipe de capacitação sobre o adequado preenchimento dos registros, escolhemos a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Todos os membros as equipe trabalharam durante os três meses para atingir esta meta.

Neste sentido conseguimos no primeiro mês 19 (70,4%), segundo mês 45 (73,8%), e terceiro mês 96 (98,2%).

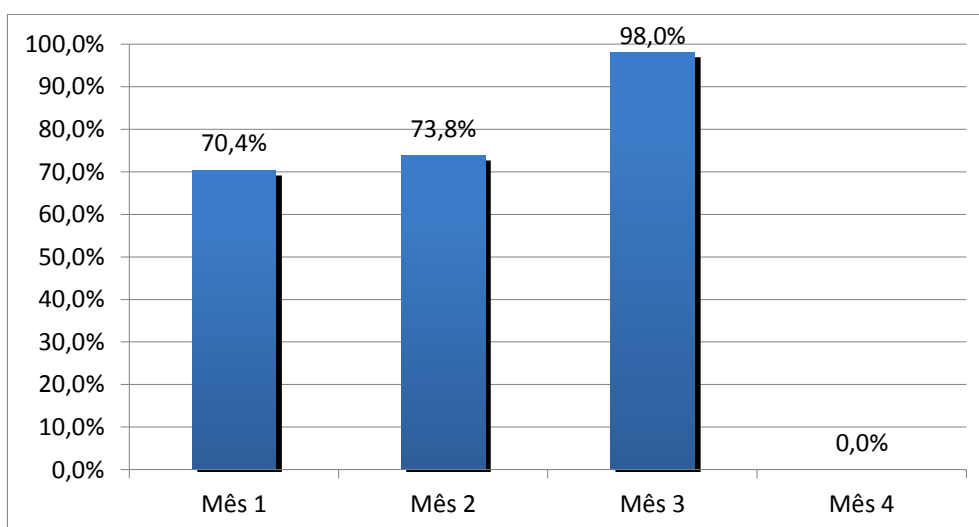


Figura 12- Proporção de hipertensos com registro adequado de acompanhamento na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para os diabéticos para alcançar a meta proposta o esforço dos funcionários da equipe, em especial os ACS contribuíram muito para obter melhores resultados no decorrer do tempo, no primeiro mês foi 5 (38,5%), segundo mês 19 (70,4%) e terceiro mês 40 (97,6%).

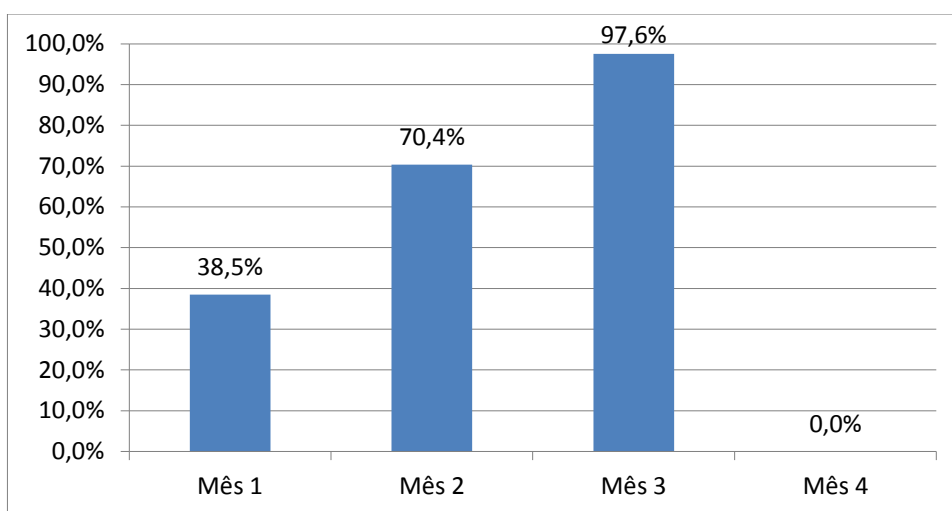


Figura 13- Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

5. Resultados relativos ao objetivo de mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco cardiovascular.

5.1 Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Para alcançar o objetivo de mapear hipertensos e/ou diabéticos cadastrados de risco cardiovascular foi proposta a meta de 100%

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular realizada durante o exame clínico, pelo médico, foi no primeiro mês de 27(100%),



segundo mês 61(100%), terceiro mês 97 (99%). Tivemos um faltoso à consulta Andrés Lima 47 anos usuário hipertenso e diabético que trabalha no município limítrofe cruzeiro do sul e retorna tarde, o que repercutiu também em outros indicadores.

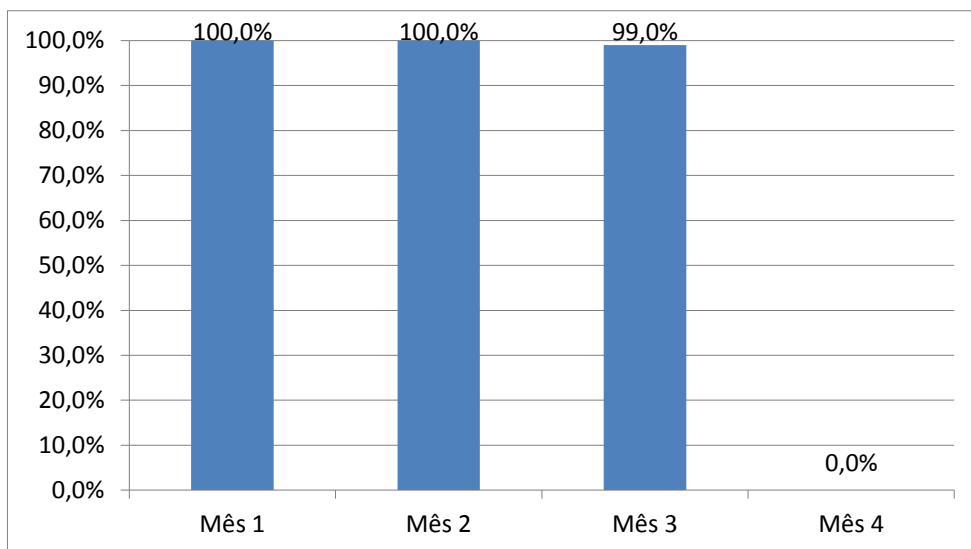


Figura 14- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

5.2 Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Nos diabéticos atingimos a meta proposta de 100% com estratificação de risco cardiovascular por meio de exame clínico integral, nos três meses da intervenção, ou seja, todos os cadastrados receberam a estratificação de risco.

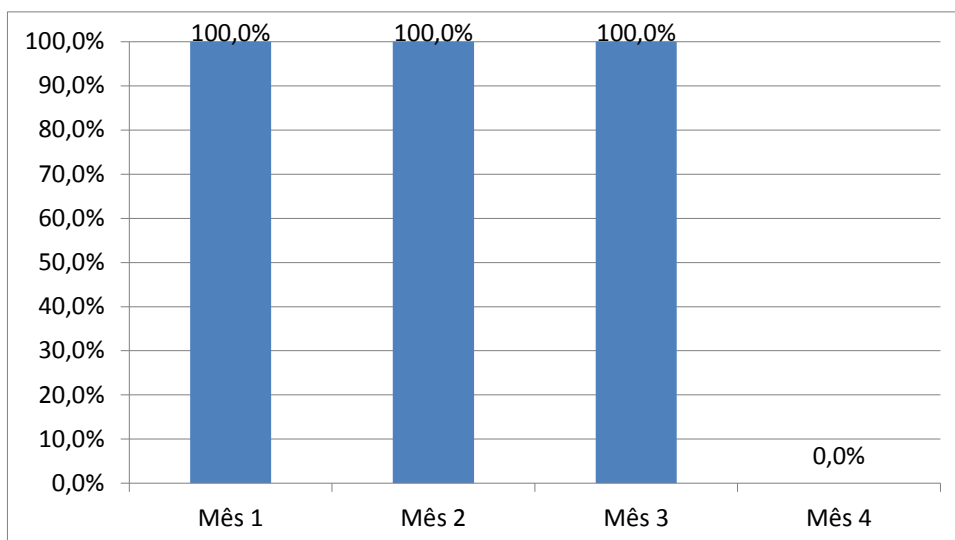


Figura 15- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

6. Resultado relativo ao objetivo de promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.1. Buscar garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Nas reuniões de capacitação de equipe foram treinados os profissionais e funcionários, incluindo ACS para dar palestra sobre hábitos de vida saudáveis. Estas orientações ocorreram também nas consultas médicas aos usuários, os quais foram orientados sobre modo e estilo de vida saudáveis.

Foram orientados no primeiro mês 27(100%), segundo mês foi 61(100%) e no terceiro mês 97(99%). O mesmo usuário Andrés, já descrito, não foi orientado.

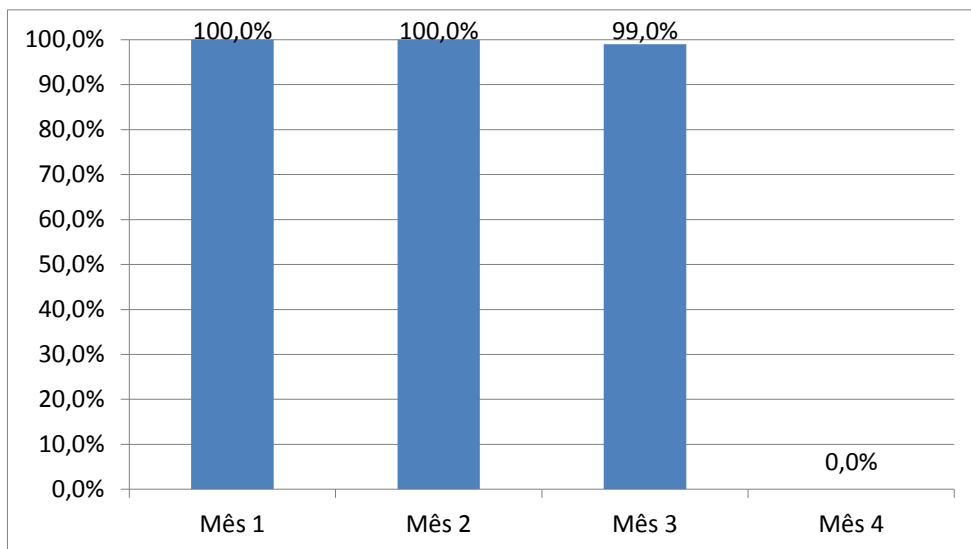


Figura 16- Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 6.2. Buscar garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Nesse sentido, todos diabéticos foram orientados sobre alimentação saudável durante a intervenção. Estas orientações ocorreram nas consultas individuais, no acolhimento na UBS e nas ações coletivas. No primeiro mês foi 13 (100%), segundo mês 27 (100%) e terceiro mês foi 41 (100%).

Meta 6.3 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção todos os membros da equipe nas capacitações ofereceram orientações sobre a importância de manter atividades físicas para a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, nas visitas e na UBS mediante palestra, também na consulta médica receberam orientação sobre atividade física. Nas atividades de grupo o educador físico realiza caminhada e exercícios físicos. Foi proposta uma meta de 100% de orientação em relação com atividade física dos hipertensos e/ou diabético.

Quanto aos hipertensos, no primeiro mês atingimos um índice de 27 (100%) usuários, nos meses seguintes de 56 (91,8%) e 97 (99%) nos meses seguintes, tendo uma redução no índice do segundo mês, devido aos usuários faltosos às consultas e às atividades coletivas propostas.

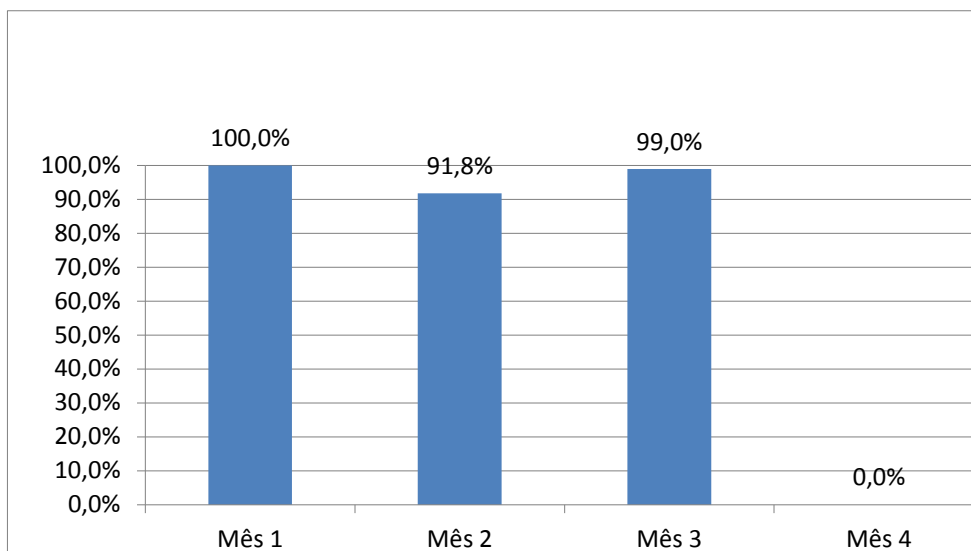


Figura 17- Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Nesse sentido, nos diabéticos conseguimos orientação e participação de atividade física primeiro mês atingimos 13 (100%), no segundo mês foi 24 (88,9%), e terceiro mês 41(95,3). Também houve queda no segundo mês pois alguns não compareceram às consultas previstas para esta orientação e à atividade de grupo proposta.

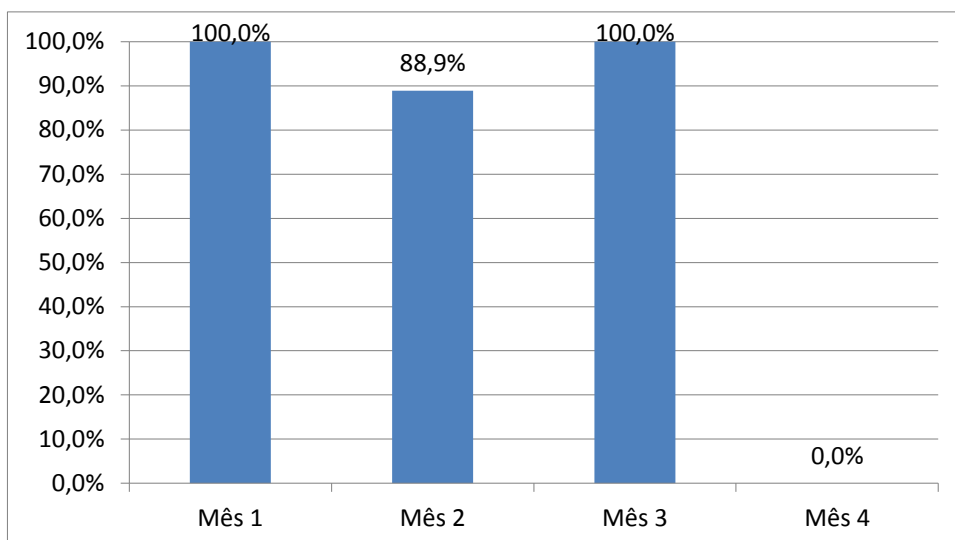


Figura 18- Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo.

Também a equipe realizou orientação sobre os riscos de tabagismo para a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Os hipertensos agendados receberam orientação sobre os riscos de tabagismo na consulta médica e alguns usuários nas visitas oferecidas também pela enfermeira. No primeiro mês 27(100%), segundo mês 61(100%) e terceiro mês 97(99%).

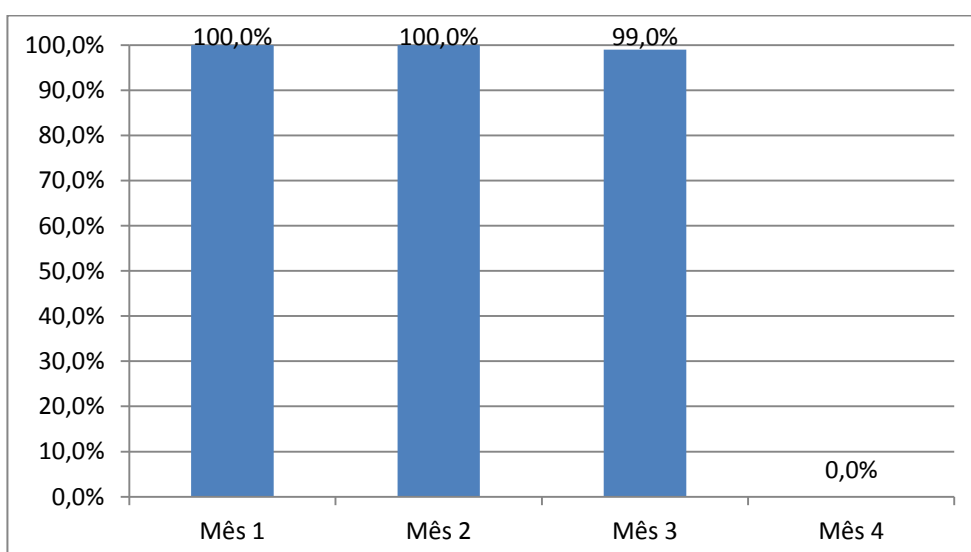


Figura 19- Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos de tabagismo.

Atingimos a meta proposta de 100% dos diabéticos orientados sobre risco de tabagismo, no primeiro mês foi 13 (100%), no segundo mês 27(100%) e terceiro mês 41(100%).

Meta 6.7 garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7 proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Alcançamos no primeiro mês 27(100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês foi de 61 (100%), e terceiro mês foi de 97(99%).

Esta meta foi cumprida em parceria com o dentista, conforme foram planejados nas reuniões da capacitação da equipe, todos os hipertensos e/ou diabéticos agendados receberam orientações sobre cuidados de saúde bucal, assim como, aqueles avaliados no acolhimento. Nos meses em que o dentista não esteve presente esta ação foi realizada pelo médico clínico geral.

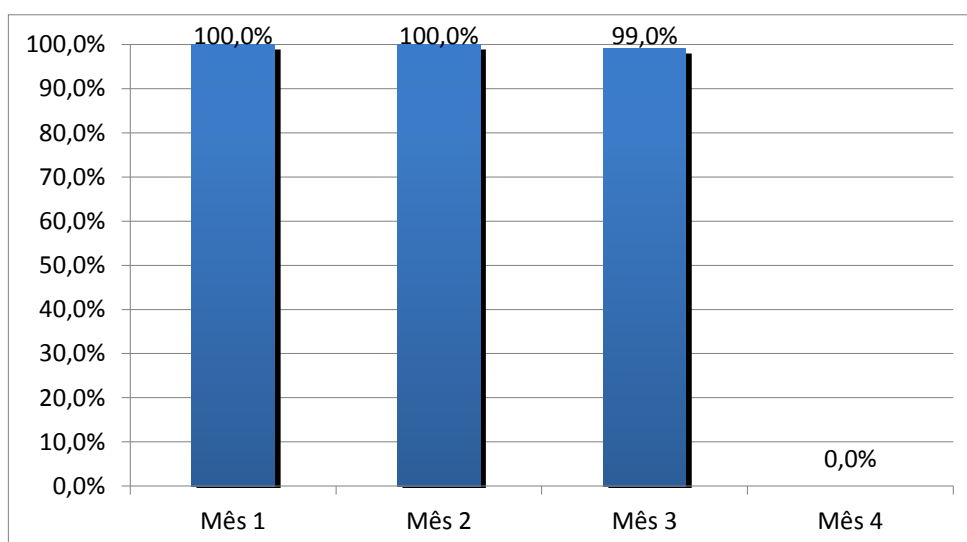


Figura 20- Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

Meta 6.8 garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em quanto os diabéticos se cumpriam a meta proposta, foram orientados no primeiro mês 13 (100%), no segundo mês 26 (96,3%) e no terceiro mês 40 (97,6%). Pelo usuário faltoso.

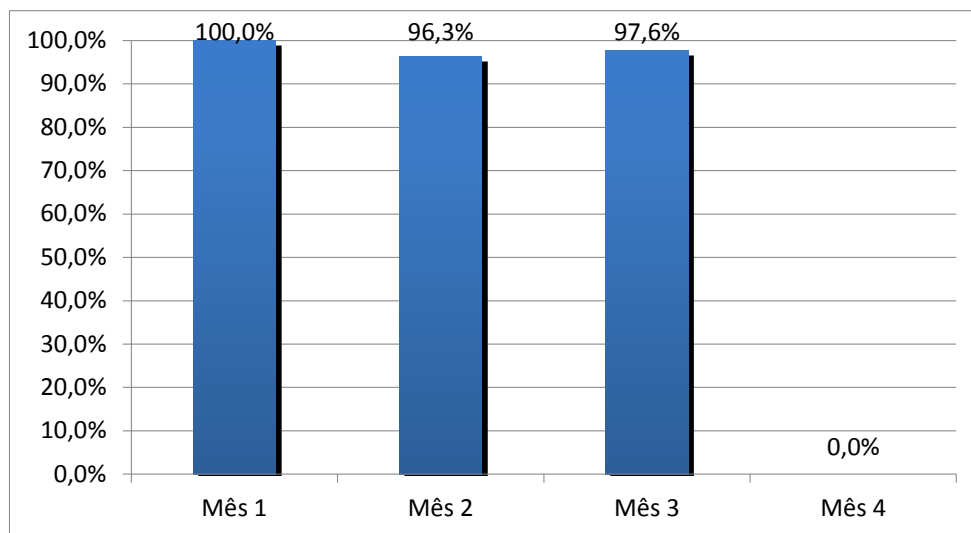


Figura 21- Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na Unidade de Saúde Sofia Almeida Barreto, Mâncio Lima/Acre, 2015.

## 4.2 Discussão

O desenvolvimento da intervenção na UBS Sofia Almeida Barreto propiciou ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, conseguimos melhorar os registros e a qualificação da atenção, com relevância para o progressivo aumento dos indicadores como: exame complementares em dia, exame dos pés dos diabéticos, classificação de risco cardiovascular destas doenças crônicas. Também conseguimos incorporar usuários ao programa mediante a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas, atendimento clínico qualificado, atividades educativas, encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção. Também houve incentivo e aumento do uso de tratamento medicamentoso disponível na farmácia popular/HIPERDIA.

Acredito que a realização da intervenção teve um impacto positivo tanto para a comunidade como para os usuários hipertensos e/ou diabético, além da equipe da UBS. Os usuários deste grupo demonstraram satisfação em ser mais bem atendidos, embora isso possa ter gerado algum desconforto em outros usuários na sala de espera, por desconhecimento do motivo da priorização.

Foi importante para o serviço de saúde, pois ocorreram várias mudanças positivas na rotina do serviço contribuindo com a qualificação do atendimento prestado aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS. Antes da intervenção as atividades de atenção deste grupo eram concentradas na consulta médica e com a realização da intervenção podemos destacar que melhorou significativamente o trabalho da UBS, ganhamos em organização do trabalho, mais união entre os integrantes de equipe.

Como aspectos positivos ressaltamos a ampliação do cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais, implantação de registros específicos como a ficha-espelho, atendimento clínico integral e humanizado. Para a comunidade acredito que a intervenção impactou positivamente, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos. Foi gratificante vivenciar sentimentos de satisfação dos usuários pelas atividades desenvolvidas no decorrer dos três meses de intervenção. Há ainda muito trabalho pela frente, temos que melhorar a cobertura de atendimento odontológico e resolver algumas deficiências encontradas durante a intervenção.

Como dificuldades nestas ações de melhoria dos registros, temos que melhorar a forma de arquivamento, pois contamos com um arquivo desorganizado, onde, frequentemente, prontuários não são encontrados. Este é um problema antigo na unidade, a recepcionista alega que é muito difícil monitorar muitos prontuários.

Depois dos resultados e mudanças positivas durante a intervenção, acredito que ela já está incorporada a rotina de nosso serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e/ou diabéticos em especial os de alto risco.

A partir da experiência vivenciada pretendo continuar ampliando a cobertura dos hipertensos e/ou diabético até alcançar nos próximos meses a meta de 100%. Além disso, trabalhar na possibilidade de ampliar a cobertura para outras ações programáticas que merecem atendimento priorizado e de qualidade.



## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Eu, Alejandro Galvez Silva, especializando da especialização em saúde da família na modalidade a distância, trabalho na UBS com ESF Sofia Almeida Barreto, no estado do Acre, município Mâncio Lima. O número de pessoas no território da equipe é de 2311, destas 1666 tem 15 anos ou mais, totalizando 924 famílias.

Por meio da universidade aberta do SUS (UNA-SUS), a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) através do Departamento de Medicina social, ofertou a especialização em saúde da família, na modalidade à distância. O curso propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na UBS que trabalha.

Entre 23 de janeiro a 24 de abril de 2015 realizou-se na UBS Sofia Almeida Barreto a intervenção com foco em melhoria da atenção à saúde do hipertenso e diabético da nossa área de abrangência. O projeto contemplou o desenvolvimento de ações nos quatro eixos pedagógicos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

No eixo organização e gestão do serviço as reuniões semanais de capacitação de equipe de saúde foram efetivas. Desde o início da intervenção foram realizadas reuniões com a coordenadora, integrantes e profissionais da equipe, gestores. Também contamos com participação comunitária com apresentação do projeto Melhoria da atenção a hipertensos e/ou diabéticos unidade de saúde da família Sofia Almeida Barreto, no município de Mâncio Lima - acre. Para explicar os objetivos da intervenção. Este encontro objetivou o debate sobre a proposta da pesquisa e esclarecimento quanto aos questionários, o que envolveu todos da equipe no estudo.

Foram realizadas atividades aos grupos de diabéticos e/ou hipertensos na consulta clínica individual e durante as visitas nas comunidades a traves de palestras oferecidas pelo medico, enfermeira, ACS capacitados atividades direcionadas à promoção da saúde com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causas pelas doenças.

Durante a intervenção foram acompanhados 98 hipertensos chegando então à cobertura de 34,1% no final da intervenção, não sendo possível atingir a meta, mas conseguindo aumento progressivo durante a duração do projeto, o que também

contribuiu para o não atingimento desta meta foi à saída de alguns dos funcionários que eram provisórios na equipe, que ficou incompleta e áreas extensas da UBS sem cobertura de ACS.

Para os diabéticos tivemos ao final dos três meses 41 usuários consultados, para uma cobertura de 62,1%, atingindo a meta proposta. Isso se deve ao trabalho da equipe, que durante as reuniões foram orientados para o cadastramento de toda nossa área de abrangência.

Outra meta atingidas foi exame clínico apropriado de 97(99%), para os hipertensos acompanhamento, e 41 diabéticos cadastrados nos três meses receberam o exame clínico, conseguindo-se os 100% prounidades no projeto. Foi alcançada pela periodicidade das consultas e também a participação dos profissionais da equipe capacitados utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Também bons resultados foram atingidos para os diabéticos tiveram ao final dos três meses 41 usuários consultados atingimos a meta proposta de 100% com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico integral em dia e para os hipertensos alcançamos 97(99%).

Todos hipertensos e/ou diabéticos foram orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física, saúde bucal e tabagismo.

Algumas das ações previstas no projeto não foram completamente desenvolvidas, para as quais precisamos do apoio dos gestores. Uma das mais importantes é que no município só dispomos de um laboratório com acessibilidade aos usuários no hospital e demoram muito em realizar e entregar os resultados dos exames o resto são laboratórios privados. Além disso, a equipe não está completa pela saída de profissionais provisórios e a existência de algumas áreas sem agentes de saúde, o que culminou em não termos o cadastro total da população de área de abrangência. Outra limitação é déficit de especialista de nível secundário no município, que poderia melhorar pelo cadastramento de profissionais para atender pelo SUS.

A intervenção já está incorporada na rotina da UBS, necessitando apoio dos gestores para que os resultados possam ser ainda melhores.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados usuários,

Eu, Alejandro Galvez Silva, especializando da especialização em saúde da família na modalidade à distância, trabalho na UBS com ESF Sofia Almeida Barreto, no estado do Acre, município Mâncio Lima. De janeiro a abril de 2015 foi realizado um projeto na UBS Sofia Almeida Barreto, com foco na melhoria da saúde do hipertenso e diabético da nossa área de abrangência. Para a realização deste foi necessário um grande envolvimento da equipe de saúde, foram treinados os profissionais e funcionários, incluindo ACS para dar palestra sobre hábitos de vida saudáveis. Estas orientações ocorreram também nas consultas médicas aos usuários, os quais foram orientados sobre modo e estilo de vida saudáveis.

Os usuários deste grupo demonstraram satisfação em serem melhores atendidos, embora isso possa ter gerado algum desconforto em outros usuários na sala de espera, por desconhecimento do motivo da priorização.

Para a comunidade acredito que a intervenção teve um impacto positivo, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos. Nas visitas domiciliares com a equipe envolvida e em especial o grande esforço dos ACS conseguimos incorporar usuários ao programa mediante a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas, atendimento clínico qualificado, atividades educativas, encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção.

Também houve incentivo e aumento do uso de tratamento medicamentoso disponível na farmácia popular/HIPERDIA, pois ocorreram várias mudanças positivas na rotina do serviço contribuindo com a qualificação do atendimento prestado aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS, temos um grupo de apoio comunitário.

Precisamos do apoio da comunidade para manter modo e estilo de vidas saudáveis e que continuem participando das atividades e consultas planejadas, para seguir atingindo as metas proposta e garantir atendimento de qualidade. Este projeto ficará na UBS e terá continuidade, todos os usuários portadores de hipertensão e diabetes poderão fazer parte dele.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Primeiramente gostaria de agradecer pela oportunidade de estar neste curso de especialização à distância. De início, visava somente minha qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde familiar. No entanto, conhecendo o ambiente virtual e minha orientadora Lenise Menezes Seerig, durante a participação nos fóruns interagi com alguns colegas, professores e coordenadores, compartilhamos ideias, ocorreram vivências inesquecíveis, muito além do aprendizado de novos conteúdos, sendo uma boa experiência.

Após compreender o projeto pedagógico do curso, aprendi e compartilhei os conhecimentos aprendidos com a equipe. Nas reuniões de encontro de capacitação da equipe, sempre compartilhava com eles as tarefas do curso, algumas dúvidas e considerações eram esclarecidas entre os membros, os quais ficaram muitos motivados e interessados pela intervenção.

A realização da intervenção melhorou significativamente o trabalho UBS, foram treinados os profissionais e funcionários, incluindo ACS para dar palestra sobre hábitos de vida saudáveis, ganhamos em organização do trabalho, mais união entre os integrantes de equipe. Há ainda muito trabalho pela frente, mas o conhecimento já está sedimentado.

## Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da saúde 2013a. 129 p.a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministérios da saúde 2013b. 160p.

BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de informações da atenção básica- SIAB 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/ind3ex.php>. Acessado em 11.03.2012

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. 206 p. Brasília. DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Serie B. **Textos Básicos de Atenção a Saúde. Serie Pactos pela Saúde 2006. Recomendações para cuidado integral de doenças não transmissíveis, promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília DF. 2008 doenças crônicas.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo. V. 95. N. 1. P. 1-51 2010. Suplemento 1.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel









## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante